



**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Ενσυναίσθηση και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας. Έρευνα  
σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία,  
αρμοδιότητας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας.

Ονοματεπώνυμο: ΜΠΙΣΙΑΔΗ ΚΑΛΟΜΟΙΡΑ  
Α.Μ.: 151721

Α' Επιβλέπων Καθηγητής:  
Γεώργιος Αλεξιάς  
Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Β' Επιβλέπων Καθηγητής  
Φώτιος Αναγνωστόπουλος  
Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2024

## Πίνακας περιεχομένων

<b>Κατάλογος Πινάκων:</b>	4
<i>Αντί προλόγου:</i>	7
Περίληψη:	8
Abstract:	10
Εισαγωγή:	12
<b>ΜΕΡΟΣ Α' - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	16
1. Ενσυναίσθηση	16
1.1. Η σημασία των επικοινωνιακών δεξιοτήτων στην παροχή φροντίδας υγείας:	17
1.2. Ενσυναίσθηση:	20
1.3. Οι τρεις διαστάσεις της ενσυναίσθησης:	22
1.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση:	24
1.5. Αποτελέσματα ενσυναίσθησης σε επίπεδο παροχής υγείας:	27
2. Επαγγελματική εξουθένωση:	30
2.1. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)	31
2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση:	34
2.3. Οι συνέπειες που επιφέρει το burn out των επαγγελματιών υγείας:	38
2.4. Παρεμβάσεις κατά του burnout:	41
2.4.1. Παρεμβάσεις για την καταπολέμηση του burnout σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας:	41
2.4.2. Παρεμβάσεις για την καταπολέμηση του burnout σε οργανωτικό επίπεδο:	45
2.5. Ενσυναίσθηση & Επαγγελματική εξουθένωση:	51
3. Επαγγελματίες Ψυχικής υγείας:	54
3.1. Κρίσεις που διαμόρφωσαν το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας:	55
3.1.1. Η οικονομική κρίση:	55
3.1.2. Η υγειονομική κρίση Covid:	57
3.2. Κοινωνική πραγματικότητα στην Ελλάδα & Ψυχική Υγεία:	59
3.3. Δυσκολίες και κίνδυνοι στην καθημερινή πρακτική των επαγγελματιών ψυχικής υγείας:	62
<b>ΜΕΡΟΣ Β' - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:</b>	66
4. 1. Μεθοδολογία έρευνας	67
4.2. Σκοπός έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα:	68
4.3. Δείγμα έρευνας	69
4.3.1. Η ιδιαιτερότητα της 2ης ΥΠΕ:	69
5. Ερευνητικά εργαλεία:	71
5.1. Δελτίο ενημέρωσης συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα	71

5.2. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων .....	71
5.3. Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης .....	72
5.4. Ερωτηματολόγιο Ενσυναίσθησης .....	73
5.5. Ηθική δεοντολογία: .....	74
6. Στατιστική ανάλυση και αποτελέσματα έρευνας: .....	75
6.1. Αποτελέσματα .....	76
6.1.2. Κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach) .....	78
6.1.3. Κλίμακα ενσυναίσθησης (Jefferson) .....	80
6.1.4. Συσχέτιση κλιμάκων.....	81
6.1.5. Συσχέτιση εξουθένωσης με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων .....	83
7.1. Συζήτηση - Συμπεράσματα: .....	98
7.2. Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	101
7.3. Προτάσεις ενίσχυσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας .....	102
Βιβλιογραφία:.....	104
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία: .....	104
Ελληνική Βιβλιογραφία: .....	136
Παραρτήματα: .....	138
Παράρτημα Α': .....	138
Δελτίο Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης για συμμετοχή σε ερευνητική μεταπτυχιακή εργασία .....	139
Παράρτημα Β':.....	140
Β.1. Έγκριση διεξαγωγής της έρευνας από τη 2 <sup>η</sup> ΔΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου: .....	140
Β.2. Έγκριση διεξαγωγής της έρευνας από τα Επιστημονικά Συμβούλια των νοσοκομείων αρμοδιότητας 2 <sup>ης</sup> ΥΠΕ: .....	141
Παράρτημα Γ': .....	149
Ερωτηματολόγιο δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών:.....	149
Ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης: .....	151
Ερωτηματολόγιο Ενσυναίσθησης: .....	159

## **Κατάλογος Πινάκων:**

<b><u>Πίνακας 1:</u></b> Ταξινόμηση αποτελεσμάτων στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.....σελ. 78	σελ. 78
<b><u>Πίνακας 2:</u></b> Εύρος τιμών ανά διάσταση της ενσυναίσθησης και επί της συνολικής κλίμακας.....σελ. 79	σελ. 79
<b><u>Πίνακας 3:</u></b> Κατανομή του δείγματος- Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....σελ. 81	σελ. 81
<b><u>Πίνακας 4:</u></b> Κατανομή του δείγματος- Εργασιακά Χαρακτηριστικά.....σελ. 82	σελ. 82
<b><u>Πίνακας 5:</u></b> Διαστάσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....σελ. 83	σελ. 83
<b><u>Πίνακας 6:</u></b> Επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων βάσει των κλιμάκων συναισθηματικής εξάντλησης, προσωπικών επιτευγμάτων και αποπροσωποποίησης.....σελ. 84	σελ. 84
<b><u>Πίνακας 7:</u></b> Διαστάσεις και Συνολική κλίμακα Ενσυναίσθησης.....σελ. 85	σελ. 85
<b><u>Πίνακας 8:</u></b> Συντελεστές συσχέτισης του Spearman για τις διαστάσεις εξουθένωσης με τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης.....σελ. 86	σελ. 86
<b><u>Πίνακας 9:</u></b> Συσχέτιση συναισθηματικής εξάντλησης με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.....σελ. 88	σελ. 88
<b><u>Πίνακας 10:</u></b> Συσχέτιση προσωπικών επιτευγμάτων με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.....σελ. 90	σελ. 90
<b><u>Πίνακας 11:</u></b> Συσχέτιση αποπροσωποποίησης με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.....σελ. 92	σελ. 92
<b><u>Πίνακας 12:</u></b> Συσχέτιση ύπαρξης ατόμου που πάσχει από ψυχική ασθένεια στο κοντινό περιβάλλον και της κλίμακας ενσυναίσθησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση συναισθηματικής εξάντλησης.....σελ. 93	σελ. 93
<b><u>Πίνακας 13:</u></b> Συσχέτιση διαστάσεων της κλίμακας ενσυναίσθησης με τη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης.....σελ. 94	σελ. 94
<b><u>Πίνακας 14:</u></b> Συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση προσωπικών επιτευγμάτων.....σελ. 95	σελ. 95
<b><u>Πίνακας 15:</u></b> Διαστάσεις κλίμακας ενσυναίσθησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση προσωπικών επιτευγμάτων.....σελ. 96	σελ. 96
<b><u>Πίνακας 16:</u></b> Συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση της αποπροσωποποίησης.....σελ. 97	σελ. 97

<b><u>Πίνακας 17:</u></b> Διαστάσεις ενσυναίσθησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση της αποπροσωποποίησης.....σελ. 98
<b><u>Πίνακας 18:</u></b> Συσχέτιση δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολικά κλίμακα ενσυναίσθησης.....σελ. 99
<b><u>Πίνακας 19:</u></b> Συσχέτιση δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ανάληψη προοπτικής του άλλου».....σελ. 100
<b><u>Πίνακας 20:</u></b> Συσχέτιση δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Συμπονετική Φροντίδα».....σελ. 101
<b><u>Πίνακας 21:</u></b> Συσχέτιση δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Στη θέση του ασθενούς».....σελ. 102

*«Some patients, though conscious that their condition is perilous, recover their health simply through their contentment with the goodness of the physician”.*

*Hippocrates 460-380 BC*

Αντί προλόγου:

Είχα την τιμή να συνεργαστώ επαγγελματικά και προσωπικά με εξαιρετικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Άνθρωποι ζεστοί, δοτικοί, φιλότιμοι και πρόθυμοι να βοηθήσουν ακόμα κι όταν οι συνθήκες εργασίας δεν το επιτρέπουν.

Βλέποντας από κοντά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους, αναρωτιέμαι ποιο είναι αυτό το μαγικό χαρακτηριστικό που έχουν και μπορούν να ανταπεξέρχονται; Από που αντλούν τη δύναμη να κάνουν πάντα το καλό και να βοηθούν όσους έχουν ανάγκη, ακόμα και όταν η αντοχή τους ξεπερνά κάθε όριο;

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όσους βοήθησαν και συμμετείχαν στην έρευνα. Λίγο περισσότερο θα ήθελα να ευχαριστήσω την Αγγελική, την Ειρήνη, το Βαγγέλη, τον Γιάννη, τον Αντώνη, τη Μάρθα, την Κωνσταντίνα, τη Μαρίνα, τη Νικολέτα και την Ελένη...

Ευχαριστώ τους φίλους μου και την οικογένειά μου, ιδιαιτέρως τον άντρα μου για την αμέριστη στήριξη, συμπαράσταση και αγάπη όλα αυτά τα χρόνια. Αφιερώνω την εργασία αυτή στο γιο μου, με την ελπίδα να μάθει να μην τα παρατάει, όσες δυσκολίες κι αν αντιμετωπίσει...

## Περίληψη:

**Σκοπός:** Η παρούσα διπλωματική εργασία επιχειρεί να αποτυπώσει την καθημερινότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς επίσης και να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε υγειονομικές δομές αρμοδιότητας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου.

**Μέθοδος:** Ο αριθμός των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν 166 άτομα, διαφορετικών ειδικοτήτων, που υπηρετούν σε Ψυχιατρικά και Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, ΤΟΜΥ, Οικοτροφεία αρμοδιότητας της 2ης ΥΠΕ. Προκειμένου να αξιολογηθεί η επαγγελματική εξουθένωση χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI). Για την μέτρηση των επιπέδων ενσυναίσθησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Jefferson Scale of Empathy for Health care professionals (JSE-HP). Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε και ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

**Αποτελέσματα:** Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα, εν αντιθέσει με την ενσυναίσθηση. Ενδεικτικά, η συναισθηματική εξάντληση σημείωσε μέτρια επίπεδα (μέση τιμή 20,8 μονάδες), η αποπροσωποποίηση χαμηλά επίπεδα (μέση τιμή 6,5 μονάδες), ενώ τα προσωπικά επιτεύγματα σημείωσαν υψηλή βαθμολογία (μέση τιμή 36,8 μονάδες). Για την ανάλυση της ενσυναίσθησης χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο τριών παραγόντων της ενσυναίσθησης, δηλαδή οι διαστάσεις «Ανάληψης προοπτικής του άλλου» (Perspective taking) (μέση τιμή 53,8 μονάδες), «Συμπονετική φροντίδα» (Compassionate care) (μέση τιμή 42,5 μονάδες), και «Στη θέση του ασθενούς» (Standing in the patient's shoes) (μέση τιμή 11.8). Η συνολική αξιολόγηση της κλίμακας ενσυναίσθησης παρουσίασε υψηλή βαθμολογία, καθώς η μέση τιμή διαμορφώθηκε στις 108,2 μονάδες. Στην ανάλυση γίνεται συσχέτιση των εννοιών της



επαγγελματικής εξουθένωσης και της ενσυναίσθησης, με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα του δείγματος καταδεικνύουν την αρνητική συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την ενσυναίσθηση, αποτελέσματα σύμφωνα με προγενέστερες αντίστοιχες έρευνες. Η θωράκιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μέσω οργανωτικών παρεμβάσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, καθώς και η συνεχιζόμενη επιμόρφωσή τους, μπορεί να διαφυλάξει την προσωπική σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών κι να αποτρέψει φαινόμενα επαγγελματικής εξουθένωσης.

**Λέξεις κλειδιά:**

Ενσυναίσθηση, Επαγγελματική Εξουθένωση, Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, Ψυχική Υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας

## Abstract:

**Purpose:** This diploma thesis attempts to capture the everyday life of mental health professionals within the National Health System of Greece. Moreover, aims at exploring the correlation between empathy and burnout among mental health professionals, who work in health units of the 2nd Health Region.

**Method:** The number of participants in the survey was 166 people of different specialties, serving in Psychiatric and General Hospitals, Health Centers, TOMY (Local Health Units) and Boarding Schools, under the responsibility of the 2nd Health Region. Three questionnaires were included in the survey. In order to assess burnout, the Maslach Burnout Inventory (MBI) was used and for measuring mental health professionals' empathy levels, the Jefferson Scale of Empathy for Health care professionals (JSE-HP). In addition, a short questionnaire of demographic and work characteristics was used. The analysis of the results was carried out with the statistical program SPSS 26.0.

**Results:** Burnout among mental health professionals was low, in contrast to empathy. Indicatively, emotional exhaustion scored moderately (average 20.8 points), depersonalization low (average 6.5 points), while personal achievements scored high (average 36.8 points). For the analysis of empathy, the three-factor model of empathy was used, namely "perspective taking" (mean 53.8 points), "compassionate care" (mean 42.5 points), and "standing/walking in patient shoes" (mean 11.8). The overall assessment of the empathy scale scored highly, with the average value standing at 108.2 points. The analysis correlates the concepts of burnout and empathy with the demographic and work data of the participants.

**Conclusions:** The results of the sample demonstrate the negative correlation of burnout with empathy, results according to previous similar research. The shielding of mental health professionals through organizational interventions in the National Health System of Greece, as well as their continuous training, can safeguard the personal physical and mental health of professionals and prevent burnout.

## Key words:

Empathy, Burnout, Mental Health Professionals, Mental Health, NHS of Greece.

*Στο Βασίλη με όλη μου την αγάπη,*

## Εισαγωγή:

Ενσυναίσθηση είναι η δυνατότητα ενός ατόμου να «μπαίνει στα παπούτσια του άλλου», με άλλα λόγια να αντιλαμβάνεται όσα βιώνει ο άλλος, τον τρόπο που τα βιώνει, και να νοηματοδοτεί τον κόσμο μέσα από τα μάτια του (Malikiosi-Loizou, 2003). Στην ενσυναίσθηση, η προσοχή στρέφεται αποκλειστικά στα συναισθήματα του ατόμου που πάσχει και όχι στον ακροατή (Dimatteo et al. 2011). Η διαδικασία της ενσυναίσθησης απαιτεί την απουσία οποιασδήποτε κριτικής σε αυτά που βιώνει ή σκέφτεται το άλλο άτομο. Ωστόσο, διευκρινίζεται πως αναγκαία προϋπόθεση για τον ακροατή, είναι να μη χάνεται η αναφορά στον εαυτό του, δηλαδή να μη χάνει την ταυτότητά του παρασυρόμενος από αυτά που βιώνει ο συνομιλητής του (Decety 2011).

Η ενσυναίσθηση κατά την παροχή φροντίδας υγείας αφορά μια διαδικασία επικοινωνίας, ενεργητικής ακρόασης και κατανόησης των αισθημάτων του ασθενούς (Andriopoulou et al. 2020). Ιδιαίτερα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η επικοινωνία με τον ασθενή διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο. Μεταξύ άλλων, απαιτείται υψηλού βαθμού ενσυναίσθηση από τους ψυχιάτρους και τους ψυχολόγους, προκειμένου να κατανοήσουν τις δυσκολίες και τα τραύματα των ασθενών τους, και να μπορέσουν να τους βοηθήσουν να τα αντιμετωπίσουν (Santamaría-García, et. al, 2017).

Τα οφέλη της ενσυναίσθησης στην υγειονομική περίθαλψη είναι πολλαπλά και αφορούν τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και εν γένει το σύστημα υγείας. Η ενσυναισθητική προσέγγιση βελτιώνει την επικοινωνία στη σχέση γιατρού-ασθενούς (Andriopoulou et al. 2020), συντελεί στην ακριβέστερη διάγνωση (Kim J., 2018, Santamaría-García, et. al, 2017) και συνεπώς ελαχιστοποιεί τα ιατρικά λάθη και τις παραλείψεις (Boyle et al. 2010). Η παρεχόμενη περίθαλψη είναι εξατομικευμένη στις ανάγκες του ασθενούς (Lelorain et al., 2012) και ποιοτικότερη (Burhans et al. 2010). Ως εκ τούτου, αυξάνεται η ικανοποίηση του ασθενή (Blatt et al. 2010) και κατ' επέκταση και οι πιθανότητες συμμόρφωσης στη θεραπεία.

Εξίσου σημαντική η ενσυναίσθηση είναι και για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, καθώς αυξάνει την εργασιακή τους ικανοποίηση (Bogiatzaki et al., 2019) και τους

βοηθά να αντιληφθούν καλύτερα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Moscrop 2001, McGilton et al., 2006).

Ωστόσο, για τους επαγγελματίες υγείας η ενσυναισθητική προσέγγιση είναι μια πρόκληση, καθώς καθημερινά αντιμετωπίζουν συναισθηματικά δύσκολες καταστάσεις, όπως πόνο, αρρώστιες, θανάτους και είναι πολύ πιθανό να βιώσουν μειωμένο αίσθημα προσωπικής αποτελεσματικότητας, συναισθηματική εξάντληση και επαγγελματική εξουθένωση (Gleichgerrcht et al. 2012).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης περιγράφει μια συμπτωματολογία ψυχικής, πνευματικής και σωματικής κούρασης ως απόρροια του παρατεταμένου εργασιακού άγχους (Maslach και Leiter 1997). Η επαγγελματική εξουθένωση διέπεται από τρία στάδια, την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και το αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων (Maslach et al. 1984).

Οι συνέπειες του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι καταστροφικές, τόσο για το ίδιο το υγειονομικό προσωπικό, όσο και για τους ασθενείς. Ξεκινώντας, η παρεχόμενη φροντίδα υγείας από τους επαγγελματίες που βιώνουν την επαγγελματική εξουθένωση είναι χαμηλότερου επιπέδου (Poghosyan et al. 2010), ενώ παράλληλα διακυβεύεται η ασφάλεια των ασθενών, καθώς τα ιατρικά λάθη είναι συχνότερα λόγω της αποπροσωποποίησης των επαγγελματιών υγείας (Shanafelt et al. 2002).

Η σχέση της ενσυναίσθησης με την επαγγελματική εξουθένωση έχει αποτελέσει πεδίο μελέτης διεθνώς. Πολλές έρευνες αναδεικνύουν μια αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ των δύο εννοιών. Με άλλα λόγια, όσο πιο υψηλή είναι η ενσυναίσθηση των επαγγελματιών τόσο χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης θα εμφανίσουν, και το αντίθετο (Bogiatzaki et al. 2019, Wolfshohl et al. 2019, Ferri et al., 2015, Lamothe et al., 2014). Επιπλέον, πολλοί ερευνητές έχουν αναδείξει την ενσυναίσθηση ως μέσο προστασίας των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση (Thiriox et al. 2016, Ferri et al. 2015, Lamothe et al. 2014) και το δευτερογενές τραυματικό στρες (Wagaman et al. 2015).

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να αναδείξει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή πρακτική τους οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο Ε.Σ.Υ.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας τα τελευταία χρόνια δοκιμάζεται και συστηματικά υποβαθμίζεται. Η οικονομική κρίση που έπληξε την Ελλάδα ήταν η αρχή του κακού. Οι αμοιβές των εργαζομένων μειώθηκαν, έγιναν περικοπές προϋπολογισμών και πάγωσαν κάθε είδους προσλήψεις (Νιάκας, 2014). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι περικοπές των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας έφτασαν περίπου το 40% (Kentikelenis et al. 2011). Προϊούσης της κρίσης, το ΕΣΥ έμεινε υποστελεχωμένο, με σοβαρές ελλείψεις σε εξοπλισμό και υλικά και μια αποδυναμωμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η πανδημία COVID-19 βρήκε την Ελλάδα απροετοίμαστη, καθώς το εθνικό σύστημα υγείας όχι μόνο δεν είχε ανακάμψει από την παρατεταμένη οικονομική και κοινωνική κρίση (Tsobanoglou 2014), αλλά βρισκόταν στα όρια της κατάρρευσης (Giannopoulou et al. 2020). Κατά την περίοδο της πανδημίας, δόθηκε απόλυτη προτεραιότητα στους ασθενείς με νόσο Covid με αποτέλεσμα καθυστερήσεις στις διαγνώσεις, παρακώλυση στη συνέχεια της φροντίδας υγείας, κυρίως σε χρονίως πάσχοντες (OECD, 2021, Agorastidou et al. 2020) και υψηλά ποσοστά ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών.

Απόρροια της απόλυτης προτεραιότητας στον ιό Covid, ήταν και η παραμέληση του τομέα Ψυχικής Υγείας. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας υπολειτουργούσαν με μειωμένο προσωπικό, ενώ πολλές ψυχιατρικές και παιδοψυχιατρικές κλινικές νοσοκομείων μετατράπηκαν σε κλινικές Covid. Όσες κλινικές ψυχικής υγείας απέμειναν εξυπηρετούσαν μόνο τα επείγοντα περιστατικά (Agorastidou et al. 2020).

Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ (2023), η Ελλάδα βρίσκεται στην τρίτη θέση, μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών με τα περισσότερα ψυχικά προβλήματα στον πληθυσμό. Τα ψυχικά νοσήματα πλήττουν περίπου 2.000.000 πολίτες, δηλαδή το 19% του πληθυσμού, ενώ το κόστος της ψυχικής ασθένειας στην Ελλάδα εκτιμάται ότι ξεπερνά το 3% του ΑΕΠ. Οι πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη, οι διαταραχές άγχους και οι διαταραχές χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών.

Απότοκο των δύο κρίσεων, ακρίβεια, φτώχεια, αύξηση της εγκληματικότητας, αύξηση των ατόμων που υποφέρουν από αγχώδεις διαταραχές και ψυχικές παθήσεις, είναι μερικά από τα κομμάτια που συνθέτουν το παζλ της κοινωνικής πραγματικότητας στην Ελλάδα σήμερα.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας καλούνται να παράσχουν ψυχική φροντίδα κάτω από αντίξοες συνθήκες. Οι ελλείψεις ανθρώπινου δυναμικού, τα εξαντλητικά ωράρια και οι διαρκώς αυξανόμενες απαιτήσεις είναι μερικές από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Παρά ταύτα, υπάρχουν πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας που προσφέρουν αγόγγυστα τις υπηρεσίες τους, βοηθούν όσους έχουν ανάγκη ακόμα κι όταν οι συνθήκες δεν είναι ευνοϊκές. Τελικά, από που αντλούν δύναμη και συνεχίζουν να βοηθούν και να νοιάζονται για την ευημερία των άλλων;

## ΜΕΡΟΣ Α' - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1. Ενσυναίσθηση



### 1.1. Η σημασία των επικοινωνιακών δεξιοτήτων στην παροχή φροντίδας υγείας:

Η επικοινωνία αποτελεί υψίστης σημασίας προϋπόθεση για την θεμελίωση της θεραπευτικής σχέσης γιατρού - ασθενή. Με άλλα λόγια, η επικοινωνία γιατρού- ασθενή συμβάλλει στη θεμελίωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης, μιας θεραπευτικής συμμαχίας με στόχο την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή (Chichirez et al 2018).

Καθώς τα χαρακτηριστικά και οι ανάγκες των ασθενών ποικίλλουν και είναι δύσκολο να κατηγοριοποιηθούν, οι επιστήμονες της υγείας εστιάζουν στις επικοινωνιακές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας. Στόχος είναι η ποιοτικότερη περίθαλψη, η ακριβέστερη διάγνωση και κατ' επέκταση η αποφυγή περιττών δαπανών, μιας και έχει διαπιστωθεί ότι η καλή επικοινωνία γιατρού- ασθενή έχει πολλαπλά οφέλη για όλους τους εμπλεκόμενους (Street et al 2009, Κουτελέκος Ι. 2015, Σαραντοπούλου Ζ. 2017). Ως επικοινωνιακές δεξιότητες νοούνται όλες οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας που προκαλούν ασφάλεια και άνεση στον ασθενή, ώστε να μπορέσει να μοιραστεί σημαντικές πληροφορίες (Hojat et al., 2013). Ο σεβασμός, η ευγένεια, η αμεσότητα, η προσοχή στον ασθενή και η παρατήρηση των μη λεκτικών μηνυμάτων, η συνεργατική προσέγγιση, η αίσθηση εξατομικευμένης φροντίδας, η κατανόηση, η ειλικρίνεια και η ενσυναίσθηση, αποτελούν ζωτικής σημασίας δεξιότητες (Lazcano-Ponce, E. et al.2020, Kwame, A., et al.2021, Chichirez et al 2018, Hashim 2017).

Στην έρευνά τους οι Patel et al (2019) διαπιστώνουν ότι οι αποτελεσματικότερες συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας περιλαμβάνουν την παρατήρηση των μη λεκτικών μηνυμάτων των ασθενών, την αναγνώριση των ευκαιριών για επίδειξη συμπόνοιας και την αντίστοιχη ανταπόκριση προς τους ασθενείς, τη μη λεκτική επικοινωνία, όπως στάση του σώματος, βλεμματική επαφή και νεύματα κατανόησης και τις προφορικές δηλώσεις αναγνώρισης, επικύρωσης και υποστήριξης των όσων βιώνουν οι ασθενείς. Η Kacperek (1997) στο έργο της για τη σιωπηλή επικοινωνία με τους ασθενείς, επισημαίνει ότι η μη λεκτική επικοινωνία διαδραματίζει εξέχοντα ρόλο στην επαφή με τον ασθενή. Η σιωπηρή προσέγγιση, τα νεύματα κατανόησης, το άγγιγμα και η εγγύτερη απόσταση, δίνουν στον ασθενή την αίσθηση της ενεργητικής ακρόασης, της ουσιαστικής παρουσίας του επαγγελματία υγείας στη συνάντηση, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός πλαισίου ενσυναίσθησης. Αντίστοιχα, οι Helou et al (2022) υπογραμμίζουν τη σημασία της βλεμματικής επαφής και τη συσχετίζουν με την

ενσυναίσθηση του επαγγελματία υγείας και την υποστήριξη προς τον ασθενή, μέσω της βλεμματικής έκφρασης ανησυχίας- ενδιαφέροντος, κατανόησης και προθυμίας για παροχή βοήθειας.

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή έχει διαπιστωθεί ότι βοηθά τους ασθενείς και τους οικείους τους να κατανοήσουν καλύτερα την κατάσταση και να μετριάσουν την ψυχολογική πίεση που βιώνουν (Adams et al 2017). Ειδικότερα, η αποτελεσματική σχέση νοσηλευτή- ασθενή, που βασίζεται στην αλληλεπίδραση, στην επικοινωνία, στο σεβασμό, στην αποδοχή και στην ενσυναίσθηση, δύναται να παροτρύνει τον ασθενή να αλλάξει συνήθειες και συμπεριφορά και να συμμορφωθεί στη θεραπεία (Allande-Cussó et al 2022).

Στην καθημερινότητα ωστόσο, δεν είναι πάντα εύκολο για τους επαγγελματίες υγείας να αφιερώσουν χρόνο και ενέργεια σε κάθε ασθενή ξεχωριστά. Ο φόρτος εργασίας και η πίεση χρόνου, συχνά δεν αφήνουν περιθώριο στους επαγγελματίες υγείας να συνομιλήσουν με τον ασθενή και να καταλάβουν σε βάθος τις προεκτάσεις που έχει η ασθένεια στη ζωή του. Έτσι, περιορίζονται στην ανάγνωση των ιατρικών αποτελεσμάτων, στην αναζήτηση δεδομένων στον υπολογιστή και στη συνταγογράφηση, "χάνοντας" τη μεγάλη εικόνα και παραλείποντας να λάβουν σημαντικές πληροφορίες για το ιστορικό του ασθενή (Drossman et al 2021). Απόρροια αυτής της συνδιαλλαγής είναι η δυσαρέσκεια του ασθενή, η ασυνέχεια στην φροντίδα υγείας, οι περιττές διαγνωστικές εξετάσεις, ακόμα και ο κίνδυνος της ασφάλειας του ασθενή, σε περιπτώσεις που η χορηγούμενη θεραπεία δόθηκε εσφαλμένα (Vermeir et al 2015). Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε ένα πλαίσιο βιασύνης ή/και αδιαφορίας από πλευράς γιατρού, και ο ίδιος ο ασθενής δυσκολεύεται να μοιραστεί το πραγματικό πρόβλημα υγείας του με αποτέλεσμα είτε να μη το αποκαλύψει, είτε να το αναφέρει στο τέλος της επίσκεψης. Το φαινόμενο αυτό, όπως αναφέρει η Μπελλάλη (2018) είναι γνωστό βιβλιογραφικά ως "by the way syndrome" και παρατηρείται πολύ συχνά.

Προκειμένου να αποφευχθούν οι αρνητικές επιπτώσεις της αναποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή, κρίνεται αναγκαίο οι επαγγελματίες υγείας να εκπαιδευτούν στις επικοινωνιακές δεξιότητες, ιδιαιτέρως στην ενσυναίσθηση. Η σημασία της ενσυναίσθησης έγκειται στην δυνατότητα που δίνει στον επαγγελματία

υγείας να “μπει στα παπούτσια του ασθενή” και να αντιληφθεί το πως βιώνει την ασθένειά του. Παράλληλα, συμβάλει στην καλύτερη αναγνώριση των συναισθημάτων και των μη λεκτικών μηνυμάτων που δίνει ο ασθενής, κατά τη διάρκεια της επίσκεψης (Maximiano-Barreto et al 2022). Μέσω της ενσυναισθητικής προσέγγισης ο επαγγελματίας υγείας πετυχαίνει ακριβέστερη διάγνωση και αποτελεσματικότερη θεραπεία (Μπελλάλη 2018).

## 1.2. Ενσυναίσθηση:

Ενσυναίσθηση είναι η δυνατότητα ενός ατόμου να αντιλαμβάνεται τη θέση στην οποία βρίσκεται ένα άλλο άτομο, και για όσο διαρκεί αυτό, να νοηματοδοτεί τον κόσμο μέσα από το πρίσμα του δεύτερου (Malikiosi-Loizou, 2003). Ο Carl Rogers, ο πλέον γνωστός θεωρητικός της ενσυναίσθησης σύμφωνα με την Malikiosi-Loizos, Maria. (2008), στον ορισμό του το 1957, τόνισε την απουσία οποιασδήποτε κριτικής, κατά τη διαδικασία εμπίωσης της πραγματικότητας του άλλου. Επιπλέον, διαχώρισε την έννοια της ενσυναίσθησης, από αυτή της συμπάθειας.

Η συμπάθεια, που προέρχεται από το ρήμα συμπάσχω (συν + πάσχω), υποδηλώνει συμμετοχή στην κατάσταση που βιώνει ο άλλος και εγείρει συναισθήματα όπως ο οίκτος, η λύπη ή και ο θυμός για αυτό που αντιμετωπίζει (ο άλλος). Στη συμπάθεια εμπεριέχεται και το προσωπικό στοιχείο, δηλαδή η βίωση προσωπικών συναισθημάτων για την κατάσταση του άλλου (Dimatteo et al. 2011).

Στην ενσυναίσθηση ωστόσο, η προσοχή στρέφεται αποκλειστικά στα συναισθήματα του ατόμου που πάσχει και όχι στον ακροατή (Dimatteo et al. 2011). Σύμφωνα με τον Decety (2011), η ενσυναίσθηση είναι μια πολυδιάστατη κατασκευή, μέσω της οποίας κάποιος μπορεί να αντιληφθεί τις εμπειρίες, τις αγωνίες και την οπτική κάποιου άλλου, χωρίς ωστόσο να χάνεται η αναφορά στον εαυτό.

Σε επίπεδο παροχής φροντίδας υγείας, εν προκειμένω, η ενσυναίσθηση αφορά μια διαδικασία ενεργητικής ακρόασης και κατανόησης των συναισθημάτων του ασθενούς, χωρίς να χάνεται η ταυτότητα του ιατρού (Andriopoulou et al. 2020).

Οι Santamaría-García, H., et. al, (2017) επισημαίνουν ότι “η εργασία των γιατρών απαιτεί την κατανόηση των σκέψεων και των συναισθηματικών εμπειριών των ασθενών, καθώς και την αποτελεσματική επικοινωνία της κατανόησής τους.”

Αναντίρρητα, η ενσυναισθητική στάση του γιατρού, η προσέγγιση συνεργασίας προς τον ασθενή, η ενεργητική ακρόαση και η θετική ανατροφοδότηση, είναι μερικές από τις δεξιότητες που επιφέρουν καλύτερη επικοινωνία μεταξύ ιατρού- και ασθενή.

Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί καταλυτικό παράγοντα στη σχέση ιατρού-ασθενούς και κατ' επέκταση βελτιώνει την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα (Bach. et. al, 2009). Αντίστοιχα ο Bello (2017) προχωρώντας τον συλλογισμό, διαπιστώνει πως οι επικοινωνιακές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζουν θετικά την πορεία

της υγείας και το βαθμό θεραπείας των ασθενών, ενώ παράλληλα δρουν καταλυτικά στην ικανοποίησή τους (Thorne et al 2004).

Ιδιαίτερα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η επικοινωνία με τον ασθενή διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο. Μεταξύ άλλων, απαιτείται υψηλού βαθμού ενσυναίσθηση από τους ψυχιάτρους και τους ψυχολόγους, προκειμένου να κατανοήσουν τις δυσκολίες και τα τραύματα των ασθενών τους, και να μπορέσουν να τους βοηθήσουν να τα αντιμετωπίσουν (Santamaría-García, et. al, 2017). Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Karl Jaspers (1963) εισήγαγε την ενσυναίσθηση ως εργαλείο ψυχοπαθολογικής αξιολόγησης, συμβάλλοντας έτσι στην αναγνώριση της ενσυναίσθησης ως ακρογωνιαίου λίθου όλων των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων.

Η ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας, σχετίζεται με καλύτερα κλινικά αποτελέσματα των ασθενών, εξαιτίας της αποδοτικής θεραπείας και της αυξημένης συμμόρφωσης σε αυτή, βελτίωση της ψυχολογικής τους κατάστασης, και μικρότερη διάρκεια νοσηλείας (Guidi, et. al, (2021). Συνεπακόλουθα, προκύπτουν και οικονομικά οφέλη, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα συστήματα υγείας (Hojat M., (2009).

Πέραν των ευεργετικών συνεπειών της ενσυναίσθησης προς τους ασθενείς, ο Riess (2017) υπογραμμίζει πως η δεξιότητα της ενσυναίσθησης για όσους την κατέχουν, επιδρά θετικά και ενδεχομένως ως τρόπος αντισταθμίσεως της προσπάθειας που το άτομο καταβάλλει για την παροχή φροντίδας και υποστήριξης άλλων ατόμων. Επιπλέον, ο Hojat M., (2009) σχετίζει την υψηλή ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας με την ευημερία τους.

Ωστόσο, ακόμα κι αν κάποιος δεν έχει έμφυτη την ενσυναίσθηση ή κάποιες από τις βασικές προσωπικές δεξιότητες που ενισχύουν την επικοινωνία με τον ασθενή, λ.χ. την ενεργητική ακρόαση, μπορεί και οφείλει να εκπαιδευτεί (Bellali, 2018).

Υπάρχουν εξάλλου αρκετές μελέτες που συνομολογούν πως οι επικοινωνιακές δεξιότητες και ειδικότερα, η ενσυναίσθηση μπορούν να διδαχτούν (Black & Phillips, 1982. Herbek & Yammarino, 1990. Kremer & Dietzen, 1991).

### 1.3. Οι τρεις διαστάσεις της ενσυναίσθησης:

Για την ορθότερη εννοιολόγηση της ενσυναίσθησης, έχουν διακριθεί τρεις βασικές διαστάσεις: η γνωστική, η συναισθηματική και η επικοινωνιακή.

Ο όρος “γνωστική συνιστώσα της ενσυναίσθησης” περιγράφει τη διαδικασία παρατήρησης και αναγνώρισης, από την σκοπιά του επαγγελματία υγείας, όλων των μηνυμάτων λεκτικών και μη, που επικοινωνεί ο ασθενής κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.

Με άλλα λόγια, πρόκειται για μια γνωστική διεργασία κατανόησης του τι βιώνει ο ασθενής σωματικά, καθώς επίσης και του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς του (Waxler, Z., et al. 1990). Επιβεβαιώνοντας τον τελευταίο ισχυρισμό, οι Healey M.L. ,et al. (2018) ορίζουν τη γνωστική διάσταση της ενσυναίσθησης ως την ικανότητα κάποιου να κατανοεί σε βάθος τις σκέψεις και τις πεποιθήσεις κάποιου άλλου. Ωστόσο, αυτή η διάσταση της ενσυναίσθησης δεν περιλαμβάνει συναισθηματική εμπλοκή (Guidi, C., et al, 2021) , αλλά μια αποστασιοποιημένη ανησυχία (Halpern (2014)). Δηλαδή, ο επαγγελματίας υγείας δεν επιφορτίζεται συναισθηματικά από αυτά που περιγράφει και βιώνει ο ασθενής, παρά μόνο σε επίπεδο αντίληψης και κατανόησης.

Η συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης αφορά στην ικανότητα του γιατρού να αντιλαμβάνεται τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή (Andriopoulou et al. 2020). Σε αυτή την περίπτωση, το άτομο ανταποκρίνεται συναισθηματικά με συμπάθεια και τρυφερότητα στην κατάσταση που βιώνει ο ασθενής (Batson, 2010). Εντούτοις, όπως σημειώνουν οι Hojat M, et al., (2013) η υπερβολή αυτής της διάστασης μπορεί να έχει αρνητικά αποτελέσματα, τόσο σε επίπεδο ασθενών, όσο και σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας. Όπως εξηγούν, οι γιατροί που εμπλέκονται συναισθηματικά με τους ασθενείς τους, μπορεί να χάσουν την αντικειμενικότητά τους στη λήψη αποφάσεων, να εξαντληθούν συναισθηματικά ακόμα και να εμφανίσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρά ταύτα, η συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης συνδέεται με την ανιδιοτέλεια προς τους ασθενείς (Davis, 1983) καθώς και με τη δημιουργία αλτρουιστικών κινήτρων (Batson, 2010).

Αναφορικά με την επικοινωνιακή διάσταση της ενσυναίσθησης, η Malikiosi-Loizos, Maria (2008) εξηγεί πως πρόκειται για τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνείται η ενσυναίσθηση από τον επαγγελματία υγείας προς τον ασθενή. Δηλαδή, έχει να κάνει με τον τρόπο που ο ιατρός επικοινωνεί μηνύματα βαθιάς κατανόησης της κατάστασης προς τον ασθενή και επιδεικνύει νοιάξιμο και φροντίδα. Για την ορθή επικοινωνία της κατανόησης, ζωτικής σημασίας κρίνονται τα μη λεκτικά μηνύματα, όπως ο τόνος της φωνής, οι εκφράσεις του προσώπου, η βλεμματική επαφή και τα νοήματα.

#### 1.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση:

Πολλοί μελετητές έχουν διερευνήσει το αν η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα έμφυτο ή επίκτητο χαρακτηριστικό, καθώς επίσης και τους παράγοντες που την επηρεάζουν.

Οι Yu., et al.(2022) στην έρευνά τους για την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αναφέρουν πως σε μεγάλο βαθμό η ενσυναίσθηση είναι ένα έμφυτο χαρακτηριστικό, θεμελιώδες για την ύπαρξη του ανθρώπου. Ωστόσο, είναι κάτι δυναμικό, που συνεχώς εξελίσσεται και αναπτύσσεται υπό την επιρροή διαφόρων προσωπικών και εξωγενών παραγόντων.

Ξεκινώντας, έχει διαπιστωθεί ότι δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία επηρεάζουν την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Οι γυναίκες συνήθως εμφανίζουν πιο υψηλά ποσοστά ενσυναίσθησης από τους άντρες (Gleichgerrecht et al. 2013).

Σύμφωνα με την ενδελεχή έρευνα των Christov-Moore, et al. (2014), αυτό εξηγείται βιολογικά και κοινωνικά. Οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στη μετάδοση συναισθημάτων σε σχέση με τους άντρες (Magen and Konasewich, 2011) και εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού, ενώ οι άντρες ελέγχουν περισσότερο τις συναισθηματικές εκφράσεις τους και ακολουθώντας και την ενσυναίσθησή τους (Brehm et al., 1984). Σε κοινωνικό επίπεδο, η αυξημένη ενσυναίσθηση των γυναικών σχετίζεται με τον κοινωνικό τους ρόλο (μητέρα, φροντιστής κ.α.) είτε/ και με κοινωνικά κίνητρα, όπως την ανάγκη συμμετοχής στα κοινωνικά δρώμενα, που συμβάλει στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων (Chevallier et al., 2012).

Η ενσυναίσθηση, σχετίζεται με την ηλικία καθώς και με τα χρόνια προϋπηρεσίας (Román-Sánchez et al., 2022). Βιβλιογραφικά, σημειώνεται ότι οι φοιτητές ιατρικής στο τρίτο έτος των σπουδών τους εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά ενσυναίσθησης (Hojat et al., 2009), που συνδέονται με την απουσία πρακτικής εξάσκησης των σπουδών τους και κατ' επέκταση με την απουσία επαφής και αλληλεπίδρασης με ασθενείς (Boyle et al., 2010). Στον αντίποδα, η πιο πρόσφατη έρευνα των Voultsos et al., (2024) διαπιστώνει πως παρά τις όποιες διακυμάνσεις στα επίπεδα ενσυναίσθησης των φοιτητών ιατρικής, παρουσιάζουν μια μικρή αύξηση κατά το τέταρτο έτος. Όσον αφορά τα χρόνια προϋπηρεσίας, όπως διαπιστώνουν οι Wieck et al., (2021) η ηλικία και συνεπακόλουθα τα χρόνια προϋπηρεσίας, συσχετίζονται αρνητικά, καθώς όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο μειώνεται η ενσυναίσθηση. Όπως προτείνουν, αυτό ενδεχομένως έχει να κάνει με την εμπειρία ζωής, τον τρόπο που οι άνθρωποι μαθαίνουν



να διαχειρίζονται απαιτητικές καταστάσεις και έτσι όσο μεγαλώνουν μαθαίνουν να μην επιφορτίζονται συναισθηματικά και να κρατούν αποστάσεις ασφαλείας.

Μία επιπλέον κατηγορία παραγόντων που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση, αφορά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

Ο Kim J. (2018) διερεύνησε τις σχέσεις μεταξύ της αυτοεκτίμησης, της αυτοαποτελεσματικότητας και των διαπροσωπικών σχέσεων με την ενσυναίσθηση σε φοιτητές νοσηλευτικής. Προέκυψε πως η αυξημένη αυτοεκτίμηση και αυτοαποτελεσματικότητα και οι καλύτερες- θετικές διαπροσωπικές σχέσεις (Lim et al., 2013) σχετίζονταν με υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης. Αντίστοιχα, οι διαπροσωπικές σχέσεις συνδέονται με την επικοινωνία, την ενσυναίσθηση και την αυτοεκτίμηση (Kwon et al., 2019).

Πρωτεύοντα ρόλο στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης διαδραματίζουν τα παιδικά χρόνια του ατόμου (Neumann et al., 2009). Ειδικότερα, η σχέση του ατόμου ως παιδί με την οικογένεια και η επιρροή που ασκούσε πάνω του (Strayer et al., 1989), ο τρόπος που του συμπεριφέρονταν οι γονείς (Yoo et al., 2013), καθώς και οι κοινωνικές συναναστροφές κατά την παιδική ηλικία, συμπεριλαμβανομένου του σχολικού πλαισίου (Volling et al., 2008), αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για την τάση της συμπεριφοράς του ατόμου, κατά την ενήλικη ζωή. Πράγματι, όπως διαπίστωσαν οι Eisenberg et al., (1999), ένα παιδί που έχει αναπτύξει από νωρίς υψηλή ενσυναίσθηση, θα συνεχίσει να έχει υψηλά ποσοστά ενσυναίσθησης και στην μετέπειτα εξέλιξή του. Επιπρόσθετα, οι Greenberg et al. (2018) κατέδειξαν ότι τα άτομα που ήρθαν αντιμέτωπα με κάποιο τραύμα σε νεαρή ηλικία, έτειναν σε υψηλότερου βαθμού ενσυναίσθηση, κατά την ενηλικίωσή τους.

Σε μια ευρύτερη κατηγορία εμπίπτουν οι προσωπικές αξίες του ατόμου, λόγω χάρη αν έχει στις προτεραιότητές του την ευημερία των άλλων (Yu et al., 2022). Επιπλέον, η θρησκεία και η κουλτούρα -πολιτισμική και εργασιακή- (Chung et al. 2010) μπορούν να επηρεάσουν την ενσυναίσθηση. Ιδιαίτερα η εργασιακή κουλτούρα, που επιβάλλει τους κανόνες επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενή και αντίστοιχα έχει τη δυνατότητα να προάγει την ενσυναίσθηση στο πεδίο παροχής φροντίδας υγείας (Loríe et al. 2017).

Αξίζει να αναφερθεί και η σωματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου, ως παράγοντας επιρροής της ενσυναίσθησης. Αν το άτομο πάσχει από κάποια αγχώδη διαταραχή ή και κατάθλιψη, ενδεχομένως να επηρεαστεί η ενσυναισθητική του στάση, είτε προς την αδιαφορία, είτε προς την υπερβολή. Αντίστοιχα και η σωματική κατάσταση επηρεάζει λ.χ. η κούραση, η αϋπνία, η πείνα. Οι Thomas et al. (2007) ανέδειξαν ότι η ευεξία του ατόμου σχετίζεται θετικά με την ενσυναίσθηση, ενώ οι Gerace et al. (2020) στην έρευνά τους σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας, διαπίστωσαν ότι ο ανεπαρκής ύπνος επιδρά αρνητικά στην ικανότητα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας να παρέχουν φροντίδα υγείας με ενσυναίσθηση.

Τέλος, δε γίνεται να παραληφθούν οι εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση. Στην κατηγορία αυτή εμπίπτει το εργασιακό πλαίσιο, ο φόρτος εργασίας, το εργασιακό άγχος και το εργασιακό κλίμα (Yu et al., 2022). Όπως αναλύουν οι Román-Sánchez et al. (2022), οι στρεσογόνες καταστάσεις, η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη συναναστροφής με συναδέλφους, δυσκολεύουν τους επαγγελματίες υγείας να τηρήσουν μια ενσυναισθητική στάση. Επιπρόσθετα, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει και η ένταση εργασίας, δηλαδή η εμπλοκή σε συναισθηματικά φορτισμένα περιβάλλοντα, λ.χ. τα ΤΕΠ, ή οι Ψυχιατρικές κλινικές. Οι Lamothe et al., (2014) εντοπίζουν με ακρίβεια μία ακόμα παράμετρο, αυτή της εγγύτητας της σχέσης με τον ασθενή, κυρίως για το νοσηλευτικό προσωπικό. Συνδυαστικά με τη διαχείριση δύσκολων συμπεριφορών ασθενών, ιδιαίτερα στις ψυχιατρικές κλινικές, λειτουργούν ως τροχοπέδη στην παροχή φροντίδας υγείας με ενσυναίσθηση.

### 1.5. Αποτελέσματα ενσυναίσθησης σε επίπεδο παροχής υγείας:

Τα οφέλη που προκύπτουν από την ενσυναισθητική προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη είναι πολλαπλά και αφορούν τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και εν γένει το σύστημα υγείας.

Ξεκινώντας, η ενσυναίσθηση είναι η περισσότερο εκτιμητέα δεξιότητα, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας (Kelm et al. 2014). Όπως υπογραμμίζει ο Kim J. (2018), η ενσυναίσθηση αποτελεί αναγκαίο συστατικό για την κατανόηση και την προαγωγή υγείας των άλλων, και επηρεάζει καταλυτικά τη διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης. Συνεπακόλουθα, εφόσον θέτει τις βάσεις για μια ισότιμη και αμοιβαία συνεργασία, βελτιώνει τη σχέση γιατρού- ασθενούς (Andriopoulou et al. 2020) και συμβάλλει καθοριστικά στην ακριβέστερη διάγνωση (Kim J., 2018, Santamaría-García, et. al, 2017). Ακολούθως, όχι μόνο ελαχιστοποιούνται τα ιατρικά λάθη και οι παραλείψεις (Boyle et al. 2010), αλλά και οι πιθανότητες σύγκρουσης, ακόμα και δικαστικής αγωγής κατά του γιατρού. Με την ενσυναισθητική προσέγγιση του γιατρού, ο ασθενής νιώθει εμπιστοσύνη (Brown et al., 1987, Charon R. 2001) καθώς αντιλαμβάνεται ότι η φροντίδα υγείας που θα λάβει είναι εξατομικευμένη (Lelorain et al., 2012) και προσαρμοσμένη στις δικές του ανάγκες, όπως αυτές έχουν επικοινωνηθεί κατά τη διάρκεια της επίσκεψης. Ως εκ τούτου, η παρεχόμενη φροντίδα υγείας είναι ποιοτικότερη (Burhans et al. 2010) και σύμφωνα με το έργο των Blatt et al. (2010) η ικανοποίηση του ασθενή πιο αυξημένη. Όντως, και στην έρευνα των Henry et al. (2012) επιβεβαιώνεται η συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών, με την ενεργητική ακρόαση και το ενδιαφέρον του επαγγελματία υγείας. Εύλογα απορρέει ότι η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας πρόβλεψης για τη συμμόρφωση στη θεραπεία (Winefield et al., 1995, Dal Santo et al. 2013, Andriopoulou et al. 2020), καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς ενημερώνονται πληρέστερα για την κατάσταση της υγείας τους και νιώθουν ότι σε συνεργασία με τον επαγγελματία υγείας, έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα υγείας τους, ακολουθώντας τη θεραπεία (Geyer et al. 2018).

Όταν ο γιατρός διαθέτει ενσυναίσθηση, δε στέκεται στην απλή εξέταση των συμπτωμάτων, αλλά εξετάζει και τον τρόπο που ο ασθενής τα βιώνει σε ψυχο-

κοινωνικό επίπεδο. Με αυτόν τον τρόπο, δίνοντας χώρο δηλαδή στον ασθενή να μοιραστεί το προσωπικό του βίωμα, μειώνονται θεαματικά τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των ασθενών (La Monica et al. 1987) και προκύπτουν βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα (Reynolds et al., 2000, Scott, 2011). Ειδικότερα, οι Zachariae et al., (2003) διαπίστωσαν ότι οι καλύτερες σχέσεις ιατρού- ασθενή σχετίζονται με βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα, όπως μεγαλύτερη ανακούφιση των συμπτωμάτων, μειωμένο στρες, χαμηλότερη αρτηριακή πίεση σε υπερτασικούς ασθενείς, χαμηλότερα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα σε διαβητικούς ασθενείς, και καλύτερο έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου, με μειωμένη χρήση αναλγητικών. Αντίστοιχα, στο έργο των Howick et al., (2018) προέκυψε ότι η ενσυναισθητική στάση των γιατρών, πιο συγκεκριμένα η θετική ανατροφοδότηση, βελτιώνει τη βρογχική δραστηριότητα σε ασθματικούς ασθενείς και σε κάποιες περιπτώσεις μειώνει τον πόνο. Συνολικά, καταλήγουν στο ότι η Συμπονετική φροντίδα βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Εξίσου σημαντική επίδραση έχει και στους επαγγελματίες υγείας καθώς όπως αναφέρουν οι Bogiatzaki et al., (2019) η ενσυναίσθηση συντελεί στην αύξηση της εργασιακής τους ικανοποίησης. Όπως εξηγεί ο Moscrop (2001) με την ενσυναισθητική στάση οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αντιληφθούν καλύτερα το νόημα και τη σημασία της εργασίας τους, με άλλα λόγια, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών τους. Ενδεικτικό παράδειγμα αποτελεί η έρευνα των McGilton et al., (2006) για την ενδυνάμωση της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, που κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές που είχαν εγγύτερη σχέση με τους ασθενείς σημείωναν υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης.

Στην έρευνα των Ahrweiler et al. (2014) σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη ενσυναίσθησης, γίνεται αναφορά στην στενή συσχέτιση της ενσυναίσθησης με καταστάσεις εργασιακού άγχους ή ευεξίας των επαγγελματιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, όπως υπογραμμίζουν οι Larson et al. (2005) οι γιατροί είναι πιο αποτελεσματικοί και αντλούν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη δουλειά τους, όταν ενστερνίζονται την ενσυναισθητική πρακτική. Αντίστοιχα, όπως προκύπτει από το έργο των Torres et al. (2015) η υψηλή ενσυναίσθηση συνδέεται με τη χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση. Κατά συνέπεια, εξάγεται το συμπέρασμα ότι η ενσυναίσθηση λειτουργεί ανασταλτικά για την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας (Román-Sánchez al. 2022).

Επιπλέον, σε εργασιακά περιβάλλοντα με ενσυναισθητικό κλίμα, παρατηρούνται καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις και συνεργατικότητα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Απότοκο της συνεργασίας, είναι η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση απαιτητικών συνθηκών και η εξομάλυνση των διενέξεων με τους ασθενείς (Bogiatzaki et al., 2019).

Ως προς τα οφέλη της ενσυναίσθησης στο σύστημα υγείας, αφορούν τη μείωση των δαπανών στη φροντίδα υγείας, ως απόρροια των ακριβέστερων ιατρικών διαγνώσεων, των αποτελεσματικών θεραπειών, και της συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας που αποτρέπει τη διενέργεια άσκοπων διαγνωστικών εξετάσεων (Bogiatzaki et al., 2019). Συμπληρωματικά, βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης και κατά συνέπεια αυξάνεται η ικανοποίηση των ασθενών.

.....

## 2. Επαγγελματική εξουθένωση:

## 2.1. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)

Η ενσυναίσθηση αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς έρχονται αντιμέτωποι με συναισθηματικά οδυνηρές καταστάσεις, αρρώστιες, θανάτους, πόνο στην κάθε του έκφανση. Κατά τον Halpern (2012), σε έναν ενσυναισθητικό άνθρωπο τέτοιες καταστάσεις πυροδοτούν αναστάτωση σε τέτοιο βαθμό, που διακυβεύεται το αν είναι σε θέση να βοηθήσει πρακτικά. Είναι γεγονός ότι η καθημερινότητα που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας είναι επώδυνη και μπορεί να προκαλέσει μειωμένο αίσθημα προσωπικής αποτελεσματικότητας, σοβαρή συναισθηματική εξάντληση και επαγγελματική εξουθένωση (Gleichgerricht et al. 2012).

Σαφώς το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν είναι κάτι καινούριο και αποτελεί διεθνώς ζήτημα για τα συστήματα υγείας. Με βάση την ανασκόπηση των Wilkinson et al., (2017) το 70% της ιατρικής κοινότητας και το 30- 50% της νοσηλευτικής, σε διεθνή κλίμακα, προσβάλλονται από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, κατά την επαγγελματική τους σταδιοδρομία. Ωστόσο, οι Hardy et al., (2020) εντοπίζουν σημαντική σύγχυση μεταξύ των εννοιών της κατάθλιψης με την επαγγελματική εξουθένωση και του άγχους με την επαγγελματική εξουθένωση.

Σύμφωνα με τον ορισμό των Maslach και Leiter (1997) το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης περιγράφει μια συμπτωματολογία ψυχικής, πνευματικής και σωματικής καταπόνησης, ως αντίδραση του ατόμου στο παρατεταμένο και διαπροσωπικό άγχος της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Το σύνδρομο αυτό διέπεται από τρία στάδια: την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση, την οποία το άτομο χρησιμοποιεί ως αμυντικό μηχανισμό και κατ' επέκταση το αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων που εκπορεύεται από τις προηγούμενες δύο διαστάσεις (Maslach & Jackson., 1984).

Η συναισθηματική εξάντληση εμφανίζεται όταν τα συναισθηματικά αποθέματα ενός παρόχου φροντίδας υγείας εξαντλούνται, ως απότοκο της αυξημένης ζήτησης των ασθενών, των προσταγών των ανωτέρων και εν γένει των εργασιακών απαιτήσεων του πλαισίου περίθαλψης (Maslach, et al. 2001). Οι West et al. (2018) επεξηγούν τη συναισθηματική εξάντληση των επαγγελματιών υγείας, ως το αίσθημα της εξάντλησης

στο τέλος της ημέρας, υπό την έννοια ότι δεν έχει μείνει κάτι άλλο να προσφέρουν στους ασθενείς τους, σε συναισθηματικό επίπεδο.

Η διάσταση της αποπροσωποποίησης, ή ο κυνισμός κατά τους Garcia et al. (2015) αφορά την συναισθηματική απομάκρυνση των επαγγελματιών υγείας από την εργασία τους. Πιο συγκεκριμένα, οι West et al. (2018) αναφέρουν την αποπροσωποποίηση των επαγγελματιών υγείας, ως την αίσθηση ότι οι ασθενείς είναι αντικείμενα και όχι έμψυχα όντα, και συνεπώς τηρούν μια πιο σκληρή στάση απέναντι στους ασθενείς. Οι Bogiatzaki et al. (2019) αποδίδουν στην αποπροσωποποίηση ένα μηχανισμό άμυνας και οχύρωσης του εαυτού, απέναντι στην συναισθηματική πίεση, που μοιραία έχουν οι επαγγελματίες υγείας.

Το αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων ή η αναποτελεσματικότητα εμπεριέχει συναισθήματα αμφισβήτησης του εαυτού, ανεπάρκειας, απόγνωσης και αδυναμία εκπλήρωσης των επαγγελματικών υποχρεώσεων (Maslach & Goldberg, 1998, Garcia et al. 2015). Οι West et al. (2018) το περιγράφουν ως το αίσθημα αδυναμίας παροχής βοήθειας στους ασθενείς, υπό το πρίσμα ότι η όποια ενέργεια του επαγγελματία υγείας είναι μάταια και ανώφελη, εφόσον ο ίδιος θεωρεί ότι δεν μπορεί να βοηθήσει.

Διερευνώντας τα στάδια του burn out οι Kaschka et al. (2011) τα κατηγοριοποίησαν σε 7 φάσεις. Αρχικά, εμφανίζονται συμπτώματα προειδοποίησης, όπως η αυξημένη στοχοπροσήλωση και η εξάντληση. Εν συνεχεία, εκδηλώνεται μειωμένη δέσμευση προς τους ασθενείς, τους συναδέλφους και ως προς τις αυξημένες απαιτήσεις. Η επόμενη φάση εμπεριέχει συναισθηματικές αντιδράσεις και ενοχοποίηση, με συμπτώματα κατάθλιψης και επιθετικότητας. Ακολουθεί η έκπτωση της γνωστικής απόδοσης και η μείωση κινήτρων, δημιουργικότητας και κρίσης. Στο πέμπτο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης παρατηρείται ισοπέδωση της συναισθηματικής, κοινωνικής και πνευματικής ζωής του ατόμου, για να οδηγηθεί στην εμφάνιση ψυχοσωματικών εκδηλώσεων και τέλος, στην απόγνωση.

Οι Honkonen et al. (2006) στην έρευνά τους στο γενικό πληθυσμό της Φιλανδίας για τη συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις σωματικές ασθένειες, συμπεραίνουν ότι στις γυναίκες έχει συσχετιστεί η εμφάνιση μυοσκελετικών παθήσεων, ενώ στους άντρες έχει συσχετιστεί η εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Οι συσχετίσεις αυτές, όπως καταλήγουν, έγιναν εν συναρτήσει των τριών διαστάσεων της εξουθένωσης, και όχι μόνο της εξάντλησης. Παράλληλα, ο De Hert (2020)



αναφέρει κάποιες έρευνες που έχουν θεωρήσει τη χρόνια επαγγελματική εξουθένωση ως παράγοντα κινδύνου στην εμφάνιση Διαβήτη Τύπου 2 και στην υπερλιπιδαιμία. Ωστόσο, όπως διαπιστώνει δεν έχουν διερευνηθεί οι υποκείμενοι νευροβιολογικοί μηχανισμοί που προκαλούν τις σωματικές επιπτώσεις του burn out. Πρόσφατα, οι Coelho et al. (2023) στο έργο τους με σκοπό τη διερεύνηση σύνδεσης του ποιοτικού ύπνου με την απουσία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υγείας, κατέληξαν ότι ο ποιοτικός ύπνος των επαγγελματιών υγείας μειώνει κατά 2.5 βαθμούς την πιθανότητα συναισθηματικής εξάντλησης. Επίσης τόνισαν ότι τα αποτελέσματα βασίστηκαν στο δείγμα, στο οποίο οι εργαζόμενοι δεν είχαν έντονο άγχος ή συμπτώματα κατάθλιψης.

Σύμφωνα με έρευνες τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας ήταν σημαντικά υψηλότερα συγκριτικά με άλλα επαγγέλματα (Dyrbye et al., 2014, Shanafelt et al., 2015). Αναμφίβολα, γίνεται αντιληπτό ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν καταπονεί μόνο τον επαγγελματία υγείας που το βιώνει, αλλά υποσκάπτει τη φροντίδα των ασθενών, επιβαρύνει το υγειονομικό προσωπικό, καθώς και αυξάνει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, ελάχιστες παρεμβάσεις έχουν γίνει στους επαγγελματίες υγείας και ακόμη λιγότερη πρόοδος έχει καταγραφεί στην παρεχόμενη φροντίδα (Johnson J. et al., 2018).

## 2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση:

Σχεδόν ένας στους τρεις γιατρούς αντιμετωπίζουν την επαγγελματική εξουθένωση, κάποια στιγμή στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία (De Hert, 2020). Όπως επιβεβαιώνει η έρευνα των Dzau et al. (2018) τα επίπεδα εξουθένωσης, άγχους, κατάθλιψης και αυτοκτονιών είναι υψηλά στην ιατρική κοινότητα. Ωστόσο, οι Lemaire et al. (2017) διευκρινίζουν ότι τα ποσοστά παρουσιάζουν διακυμάνσεις ανά χώρα, ανά ειδικότητα, ανά φύλο και στάδιο καριέρας.

Ξεκινώντας, δημογραφικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση, όπως το φύλο και η ηλικία. Στο γενικό πληθυσμό της Φιλανδίας οι Ahola et al. (2006) διαπίστωσαν ότι το burn out στις γυναίκες σχετιζόταν με το επίπεδο εκπαίδευσης και την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση, ενώ στους άντρες παρατηρήθηκε συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση. Στη μελέτη των Bogiatzaki, et al. (2019) για την ενσυναίσθηση και την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας, στη διάσταση της αποπροσωποποίησης, οι άνδρες σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά από τις γυναίκες. Ενώ οι περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα στα δύο φύλα, εντούτοις, σημειώνονται διαφορές, στις διαφορετικές διαστάσεις της εξουθένωσης. Σύμφωνα με τη μελέτη των Houkes et al. (2011) σε γενικούς γιατρούς, μολονότι η εξάντληση και η κόπωση παρατηρήθηκε εξίσου και στα δύο φύλα, η έλλειψη αποτελεσματικότητας ήταν πιο συχνή στις γυναίκες.

Αντίστοιχα και η οικογενειακή κατάσταση μπορεί να επηρεάσει. Κατά τους Perlman et al., (2015) η σύγκρουση ρόλων μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο εργασιακό άγχος, επαγγελματική εξουθένωση ακόμα και αλλαγή στην επαγγελματική σταδιοδρομία, ιδίως για τις γυναίκες. Ομοίως οι Dyrbye et al., (2011) στην έρευνά τους σε χειρουργούς συσχετίζουν την επαγγελματική εξουθένωση με την οικογενειακή κατάσταση.

Η ηλικία είναι επίσης ένας παράγοντας επιρροής. Έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα, διαπιστώνουν πως οι νεότεροι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες εξουθένωσης, συγκριτικά με όσους έχουν περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας( Bogiatzaki, et al. 2019, Alexias et al., 2010). Η ίδια αντιστοιχία καταγράφεται και στην αποπροσωποποίηση, δηλαδή όσοι έχουν περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας καταγράφουν χαμηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης, σε σύγκριση με τους νεότερους (Bogiatzaki, et al. 2019).

Επιπλέον, η εξειδίκευση αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ειδικότερα, ο De Hert, (2020) επισημαίνει ότι οι ιατρικές ειδικότητες που βρίσκονται πρώτες σε πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, δηλαδή οι οικογενειακοί γιατροί, οι γενικοί γιατροί και οι γιατροί των Τ.Ε.Π., κινδυνεύουν περισσότερο. Συμπληρωματικά, πιο “τρωτοί” απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση θεωρούνται και όσοι εργάζονται στα Παιδιατρικά Τμήματα, τα Καρδιολογικά, τα Ψυχιατρικά Τμήματα και τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (Bogiatzaki, et al. 2019). Γενικά, σε βιβλιογραφικό επίπεδο, εντοπίζεται ότι οι ειδικότητες που είναι πιο ανθρωποκεντρικές σημειώνουν μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίστοιχα, οι Hardy et al. (2020) θεωρούν τους ψυχιάτρους πιο ευάλωτους στην εξουθένωση, εφόσον η ψυχιατρική ειδικότητα απαιτεί συναισθηματική εμπλοκή και ενσυναίσθηση. Οι Zapf et al. (2001) ομοίως, θεωρούν τα επαγγέλματα που απαιτούν “εργασία με το συναίσθημα”, με άλλα λόγια ενσυναίσθηση, διαχείριση δύσκολων- αρνητικών συναισθημάτων, αλλά και καταπίεση συναισθημάτων, ως παράγοντα υψηλού κινδύνου για το εργασιακό άγχος. Καταλήγοντας οι Maslach et al. (2016), βασική αιτία της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί η εγγύτητα στη σχέση επαγγελματία υγείας και ασθενή.

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση αφορά χαρακτηριστικά στοιχεία των ασθενών. Ειδικότερα, οι συνεχείς απαιτήσεις των ασθενών ψυχικής υγείας, καθώς και τα περιστατικά βίας συντελούν στην υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση των επαγγελματιών υγείας (Sturzu et al. 2019). Αξίζει να σημειωθεί ότι στο έργο των Bakker et al. (2000) η παροχή φροντίδας υγείας σε δύσκολους ασθενείς αποτυπώνεται ως παράγοντας πρόβλεψης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ωστόσο, όπως αποτυπώνεται στη μελέτη των Kumar et al. (2005) χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γιατρών δύναται να τους προδιαθέτουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Συγκεκριμένα, όπως εξηγούν, οι ψυχίατροι ενδέχεται να είναι πιο ευάλωτοι και πιο επιρρεπείς στο να εσωτερικεύουν τις στρεσογόνες εμπειρίες της καθημερινότητάς τους, εξαιτίας των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους. Καταλήγοντας οι Kumar et al. (2007), οι ψυχίατροι ως ειδικότητα, είναι προδιατεθειμένοι να βιώσουν εργασιακό άγχος εξαιτίας εσωτερικών αλλά και εξωτερικών παραγόντων. Ένας ακόμη εσωτερικός παράγοντας που σχετίζεται με την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση, είναι η συνείδηση των γιατρών. Σύμφωνα με την έρευνα των Glasberg et al. (2007) η συνείδηση των γιατρών διαταράσσεται όταν νιώθουν ότι δε μπορούν να παρέχουν τις ποιοτικές υπηρεσίες που θέλουν, με αποτέλεσμα το έντονο εργασιακό άγχος.

Επιπρόσθετοι παράγοντες που επηρεάζουν καταλυτικά την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, αφορούν την οργάνωση του πλαισίου εργασίας τους. Ειδικότερα, ο φόρτος εργασίας, η διαθεσιμότητα ανθρώπινων πόρων για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, ο έλεγχος από τους ανωτέρους, η εργασιακή αυτονομία (van Leeuwen et al. 2022), οι χρηματικές απολαβές και το κύρος, οι διαπροσωπικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο, καθώς και η δίκαιη και ίση μεταχείριση των εργαζομένων από πλευράς διοίκησης, είναι μερικοί από τους παράγοντες που δυνητικά λειτουργούν είτε ενισχυτικά, είτε ανασταλτικά προς την επαγγελματική εξουθένωση (Kumar, et al. 2011, Bressi, et al. 2009, Maslach et al. 2001).

Ενδελεχέστερα, στο έργο των Garcia et al. (2015) καταγράφεται μεγαλύτερη εξάντληση από τους ψυχιάτρους, εξαιτίας των ανεπαρκών ανθρώπινων πόρων για τον επιμερισμό των αρμοδιοτήτων. Σε προγενέστερη έρευνα σε ψυχιάτρους, ο Thompson, C. (1998) διαπίστωσε τις πηγές του εργασιακού άγχους, δηλαδή τις υψηλές εργασιακές απαιτήσεις που προκύπτουν ελλείψει πόρων, τις αρμοδιότητες που αναλαμβάνουν οι ψυχίατροι, χωρίς να έχουν επίσημη εξουσιοδότηση, καθώς και τη σύγχυση μεταξύ της ευθύνης απέναντι στους εργοδότες και της ευθύνης απέναντι στους ασθενείς. Επιπλέον, επεσήμανε την απομόνωση που βιώνουν οι σύμβουλοι στα κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας, εξαιτίας του φόρτου εργασίας και την έλλειψη ανατροφοδότησης.

Οι Garcia et al., (2014) στην έρευνά τους μεταξύ άλλων, πραγματεύονται την σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο εργασίας και τη συσχέτισή τους με την επαγγελματική εξουθένωση. Σύμφωνα με το δείγμα της μελέτης τους, η έλλειψη συνοχής στην ομάδα προέβλεπε την μεγαλύτερη απουσία- άδεια των γιατρών από την εργασία τους, κάτι που θεωρείται δείκτης εξουθένωσης. Αντίθετα, στη μελέτη των Maresca et al. (2022) αναδεικνύεται ότι η ενσυναίσθηση, ο σεβασμός, η κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη και η επικοινωνία των αναγκών και των προτιμήσεων εκπαίδευσης των μελών της ομάδας, λειτουργούν ανασταλτικά για την επαγγελματική εξουθένωση.

Επιπρόσθετα, οι κακές σχέσεις με τους ανωτέρους, και η έλλειψη ίσης μεταχείρισης των εργαζομένων από τη διοίκηση, λειτουργούν ως παράγοντες πρόβλεψης της εξουθένωσης (Bressi, et al. 2009, Maslach et al., 2001). ). Τέλος, όπως τονίζουν οι Misra-Hebert et al., (2004), η ασυμφωνία των προσωπικών αξιών του επαγγελματία υγείας, με τις αξίες και τους κανονισμούς της διοίκησης της μονάδας υγείας σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση και μπορεί να οδηγήσει σε αποχώρηση προσωπικού.

### 2.3. Οι συνέπειες που επιφέρει το burn out των επαγγελματιών υγείας:

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι συνηθισμένο φαινόμενο, ιδιαίτερα στους επαγγελματίες υγείας, εξαιτίας των υψηλών επιπέδων εργασιακού άγχους. Ωστόσο, η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας θεωρείται πιο κρίσιμη από ότι στα υπόλοιπα επαγγέλματα, καθώς έχει άμεση επίπτωση στη φροντίδα των ασθενών και στο υγειονομικό προσωπικό (Romani et al. 2014). Οι συνέπειες του burn out στην παροχή φροντίδας υγείας είναι καταστροφικές για το ίδιο το υγειονομικό προσωπικό, για τους ασθενείς, για τη μονάδα υγείας, αλλά και για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εν γένει.

Αναφορικά με τις επιπτώσεις στους ασθενείς, έχει διαπιστωθεί η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς (Holmqvist et al., 2006) και κατ' επέκταση η μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών. Επιπλέον, οι Poghosyan et al. (2010) συσχετίζουν τις υψηλές βαθμολογίες του burn out στο νοσηλευτικό προσωπικό, με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας στην φροντίδα των ασθενών. Ενδεικτικά, στη μελέτη του De Hert (2020) γίνεται αναφορά στη μειωμένη ποιότητα φροντίδας και στη χαμηλότερη ικανοποίηση ασθενών, ενώ άλλες μελέτες αναδεικνύουν τη σύνδεση μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης του γιατρού, με την ικανοποίηση του ασθενή από την παροχή φροντίδας υγείας (Haas et al. 2000). Όπως υπογραμμίζεται στην έρευνα των Montgomery et al. (2019), σε μονάδες εντατικής θεραπείας όπου το προσωπικό κατέγραφε υψηλή συναισθηματική εξάντληση, καταγραφόταν αντίστοιχα υψηλή θνησιμότητα. Για το λόγο αυτό, καταλήγουν ότι το burn out των επαγγελματιών υγείας δε θα πρέπει να υποτιμάται, καθώς διακυβεύεται μεταξύ άλλων, η ασφάλεια των ασθενών. Τα ιατρικά λάθη φαίνεται ότι αναφέρονται συχνότερα από επαγγελματίες που υποφέρουν από την επαγγελματική εξουθένωση και πιο συγκεκριμένα την αποπροσωποποίηση (Shanafelt et al. 2002). Απόρροια των ιατρικών λαθών είναι οι καταγγελίες των ασθενών για ιατρική αμέλεια, είτε κακή πρακτική και ακολούθως, οι δικαστικές διαμάχες, με σοβαρό κόστος τόσο για τους επαγγελματίες υγείας, όσο και για τις υγειονομικές μονάδες περίθαλψης (Jones et al. 1988).

Σε επίπεδο υγειονομικού προσωπικού, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επίσης ολέθριες συνέπειες. Ξεκινώντας, μειώνει την εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας, οδηγεί σε συστηματικές απουσίες από την εργασία, και κατ' επέκταση σε εναλλαγή προσωπικού. Όπως σημειώνουν οι Misra-Hebert et al., (2004) οι αποχωρήσεις προσωπικού είναι επιζήμιες για τους ασθενείς, εφόσον καλούνται να προσαρμοστούν σε νέους παρόχους υγείας, προκαλώντας τους συναισθηματική πίεση και μείωση της ικανοποίησης από την υγειονομική περίθαλψη. Για τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης οι αποχωρήσεις προσωπικού είναι κοστοβόρες, καθώς πέρα από το οικονομικό κόστος των προσλήψεων, υπάρχει το κόστος της κατάρτισης του νέου προσωπικού καθώς και το κόστος της μειωμένης αποδοτικότητας και όπως αναφέρουν οι Garcia et al. (2015) εν τέλει οι θέσεις μένουν κενές. Τέλος, οι αποχωρήσεις συναδέλφων επιβαρύνουν το εναπομείναν προσωπικό αφού θα πρέπει να απορροφήσει τις αρμοδιότητες και το φόρτο εργασίας των αποχωρησάντων (Misra-Hebert et al., 2004).

Η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει την πνευματική υγεία των ατόμων (Whitehead et al., (2023) και επιδρά αναμφίβολα και στην προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας. Τα άτομα που τη βιώνουν ενδέχεται να εκδηλώσουν συμπτώματα κατάθλιψης και απομόνωσης, άγχους και δυσφορίας, ακόμα και ψυχοσωματικά συμπτώματα. Συχνά παρατηρείται και κατάχρηση ουσιών (De Hert, S., 2020, Lacy et al. 2018).

Οι επαγγελματικά εξουθενωμένοι υγειονομικοί, είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίζουν διενέξεις στις συζυγικές ή διαπροσωπικές τους σχέσεις, με απότοκο το επιπλέον άγχος εργασίας και ζωής. Στην έρευνα των Gago-Valiente et al. (2022), το 48,9% του δείγματος σημείωσε αρνητική σχέση εργασίας - οικογένειας, ενώ μόνο το 6,2% εμφάνισε θετική σχέση εργασίας- οικογένειας. Αντίστοιχα, το 44,9% εμφάνισε θετική σχέση οικογένειας- εργασίας, ενώ κανείς δεν ανέφερε κακή σχέση οικογένειας-εργασίας. Οι συμμετέχοντες που υπέφεραν από επαγγελματική εξουθένωση, συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση, σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά αρνητικών αλληλεπιδράσεων της εργασίας με την οικογένεια. Η προτίμηση της εργασίας έναντι της οικογένειας, υποδηλώνει ενδεχομένως χαρακτηριστικά προσωπικότητας του επαγγελματία υγείας. Όπως εξηγούν οι Gabbard et al., (1989) στην ενδιαφέρουσα έρευνα τους για την ψυχολογία της αναβλητικότητας στον ιατρικό

γάμο, οι υψηλές απαιτήσεις τις ιατρικής, συχνά χρησιμοποιούνται ως δικαιολογία για την απόσταση στη συζυγική σχέση. Καθώς η προσοχή του/της γιατρού- συζύγου είναι στραμμένη στην καριέρα και στην ιατρική δέσμευση, αποφεύγει να δώσει σημασία στο γάμο, με αποτέλεσμα την υφέρπουσα διάσταση μεταξύ συζύγων.

Από την άλλη, για τους Lacy et al. (2018), η δυσκολία εναρμόνισης της προσωπικής με την επαγγελματική ζωή, αποτελεί την βασική πηγή της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, ζητήματα όπως η φροντίδα των παιδιών, η διατάραξη της οικογενειακής ζωής από την επαγγελματική, η απουσία από οικογενειακές συγκεντρώσεις και ο μειωμένος χρόνος με τον/την σύντροφο/σύζυγο, πυροδοτούν την επαγγελματική εξάντληση.



## 2.4. Παρεμβάσεις κατά του burnout:

### 2.4.1. Παρεμβάσεις για την καταπολέμηση του burnout σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας:

Κατά τους Montgomery et al., (2019), η σύνδεση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την επίδοση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης δεν έχει λάβει τη δέουσα προσοχή. Όπως εξηγούν, ακόμα και κάτω από την επιρροή του burnout, ο επαγγελματίας υγείας θα συνεχίσει να εργάζεται μέχρι να διαπράξει κάποιο σοβαρό ιατρικό λάθος, διεκπεραιώνοντας όσες ενέργειες θεωρούνται κλινικά απαραίτητες. Αδήριτη ανάγκη αποτελεί η αντιμετώπιση αλλά και η πρόληψη των καταστροφικών συνεπειών που επιφέρει το burnout των επαγγελματιών υγείας, καθώς δεν απειλεί μόνο την ασφάλεια των ασθενών, αλλά ενέχει οικονομικούς κινδύνους σχετιζόμενους με τη μείωση παραγωγικότητας και της εναλλαγής του προσωπικού. Αξίζει να αναφερθεί ότι το κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας ανέρχεται στα 4,6 δισεκατομμύρια το χρόνο στις ΗΠΑ (Han et al., 2019), ενώ στην Ευρώπη κυμαίνεται από 5 έως 9 δισεκατομμύρια (CaNu et al., 2019).

Η καταπολέμηση του burnout κρίνεται σκόπιμο να έχει διττό στόχο. Αφενός την ανακούφιση και θεραπεία τη στιγμή που προκύπτει και αφετέρου την πρόληψη.

Οι παρεμβάσεις ανακούφισης αφορούν όσους επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, ωστόσο όχι σε υπερθετικό βαθμό ώστε να μη μπορούν να εργαστούν. Οι στρατηγικές πρόληψης από την άλλη, εστιάζουν σε όσους επαγγελματίες υγείας είναι σε καλή κατάσταση και στοχεύουν στην ενδυνάμωσή τους τόσο σε επίπεδο φυσικής κατάστασης, όσο και σε επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας (Leiter, et al., 2018).

Μία προσέγγιση για την καταπολέμηση του burnout εντός πλαισίου παροχής φροντίδας υγείας, αποτελεί η ενσυνειδητότητα ή επίγνωση (Mindfulness). Σύμφωνα με τον Kabat-Zinn, J. ο οποίος το 1979 εισήγαγε την ενσυνειδητότητα ως πρακτική μείωσης του άγχους (Mindfulness- Based Stress Reduction – MBSR), η ενσυνειδητότητα είναι η κατάσταση συγκέντρωσης του νου στο παρόν, η παρατήρηση της κατάστασης που

το άτομο βιώνει, η αποδοχή των σκέψεων και των συναισθημάτων του, παράλληλα με την απουσία οποιασδήποτε κριτικής (Kabat-Zinn, J. 2003). Η ενσυνειδητότητα, ή επίγνωση βοηθά το άτομο να εκτιμήσει την παρούσα στιγμή που βιώνει, μέσα από διάφορες τεχνικές όπως τη συγκέντρωση σε κάποιο ερέθισμα, λ.χ. στην αναπνοή. Το πρόγραμμα εκμάθησης της ενσυνειδητότητας περιλαμβάνει εβδομαδιαίες συνεδρίες διαλογισμού διάρκειας οχτώ εβδομάδων, και μία ολόκληρη μέρα εξάσκησης του διαλογισμού κάθε δύο μήνες. Οι συμμετέχοντες μαθαίνουν διάφορες τεχνικές εστίασης της συγκέντρωσης που μπορούν να τις αξιοποιήσουν στην καθημερινή τους πρακτική. Ωστόσο, το πρόγραμμα αυτό απαιτεί προσωπική δέσμευση και υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον (Klein et al., 2020).

Σε παγκόσμια κλίμακα, έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες αναφορικά με τις πρακτικές ενσυνειδητότητας ως τρόπου ψυχολογικής παρέμβασης και ενδυνάμωσης των επαγγελματιών υγείας. Οι περισσότερες αναδεικνύουν τις θετικές επιδράσεις της ενσυνειδητότητας που συμβάλλουν στην ευημερία των υγειονομικών, στην ενσυναισθητική προσέγγιση και στη μείωση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης (Selič-Zupančič et al., 2023, Cohen et al., 2023, Salvado et al., 2021, Klein et al., 2020).

Όπως τεκμηριώνουν οι Selič-Zupančič et al., (2023) η εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα συμβάλλει στη συναισθηματική σταθερότητα των παρόχων φροντίδας υγείας, ενισχύει την επαγγελματική αφοσίωση, και βελτιώνει την ανταπόκριση στα προβλήματα των ασθενών. Ομοίως οι Salvado et al. (2021) υπογραμμίζουν τη συνεισφορά της προσέγγισης της ενσυνειδητότητας στη μείωση της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης και στην παράλληλη αύξηση των επιπέδων προσωπικής επίτευξης των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον, αναδεικνύουν την ευνοϊκή επίδραση στη σχέση γιατρού- ασθενούς, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για τη θεμελίωση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης, απόρροια της οποίας είναι τα βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα. Επίσης, στις θετικές επιδράσεις της ενσυνειδητότητας, η μελέτη των Cohen et al. (2023) συμπληρώνει την καλύτερη ποιότητα ζωής, την ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας, καθώς και τη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης. Η χρόνια κατάθλιψη αλλά και οι υποτροπές, μπορούν να προληφθούν με την εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα (Williams et al., 2010).

Οι παρεμβάσεις μπορούν να γίνουν είτε δια ζώσης, είτε διαδικτυακά. Μολονότι το έργο των Morina et al. (2023) συμπεραίνει πως το καλό αποτέλεσμα που επιφέρουν οι διαδικτυακές παρεμβάσεις δεν διατηρείται μετά το πέρας εξαμήνου, οι Selič-Zupančič et al., (2023) επιχειρηματολογούν υπέρ της διαδικτυακής εκμάθησης. Συγκεκριμένα, όπως συνοψίζουν στην έρευνά τους, το κύριο πλεονέκτημα της διαδικτυακής εκμάθησης αφορούσε την εκπαίδευση περισσότερων και διαφορετικών σε κλάδο, επαγγελματιών υγείας. Τέλος, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι μικρής διάρκειας διαδικτυακές συνεδρίες είναι το ίδιο αποτελεσματικές με τις μεγαλύτερες σε διάρκεια και δια ζώσης συνεδρίες.

Παράλληλα με την εκμάθηση της ενσυνειδητότητας, σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας ως τρόπου αντιμετώπισης και πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης, έχουν προταθεί και άλλα μέτρα αντιμετώπισης που φαίνεται να συμβάλλουν. Ειδικότερα, στη μελέτη των Dijkhoorn et al. (2021) σχετικά με τους παρόχους ανακουφιστικής φροντίδας υγείας, επισημαίνεται ότι η βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων καθώς και η καθοδήγηση από ομότιμους συναδέλφους συμβάλλουν στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πράγματι, όπως επισημαίνουν οι Blau et al. (2013) η καθοδήγηση από συναδέλφους μειώνει τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, που θεωρείται η κύρια αιτία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίστοιχα και οι Foa et al. (2007) αναφέρουν ότι η επίβλεψη και καθοδήγηση από ομότιμους συναδέλφους, μετριάζουν το επαγγελματικό άγχος στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Επίσης, έχουν προταθεί στρατηγικές εκμάθησης διαχείρισης του άγχους, προγράμματα φυσικής άσκησης, και συμμετοχή σε ομαδικά, ολιγομελή προγράμματα προσανατολισμένα στην προώθηση της κοινότητας, της σύνδεσης και του νοήματος (West et al. 2018). Τέλος, οι Adnan et al. (2022) στο έργο τους για την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, επισημαίνουν ότι ο συνδυασμός παρεμβάσεων, όπως η ενσωμάτωση δομημένης εκπαίδευσης με στοιχεία συναισθηματικής νοημοσύνης, η αυτοφροντίδα, η κοινωνική στήριξη καθώς και η ευαισθητοποίηση για την ενσυνειδητότητα και την αυτο-αποτελεσματικότητα, θα επιφέρει μείωση των ποσοστών επαγγελματικής εξουθένωσης. Παράλληλα, θα ενισχυθεί η συναισθηματική νοημοσύνη των επαγγελματιών υγείας, καθώς και η ψυχική τους ανθεκτικότητα.

Η ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζεται αρνητικά με τα συμπτώματα του burnout. Με βάση την έρευνα των West et al. (2020) οι επαγγελματίες υγείας επιδεικνύουν υψηλότερα ποσοστά ψυχικής ανθεκτικότητας συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό της Αμερικής. Ωστόσο, όπως προκύπτει, ακόμα και όσοι κατέγραψαν τα υψηλότερα ποσοστά ψυχικής ανθεκτικότητας εμφάνιζαν σημαντικά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης. Για το λόγο αυτό, κρίνονται απαραίτητες οι δομικές παρεμβάσεις σε επίπεδο συστήματος υγείας, αλλά και σε οργανωτικό επίπεδο, δηλαδή στο περιβάλλον που διεξάγεται η κλινική πρακτική. Προκειμένου να είναι αποδοτικές, οι στρατηγικές για την καταπολέμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης θα πρέπει να ευθυγραμμίζονται με τα βασικά αίτια του burnout. Επίσης θα πρέπει το πρόβλημα να ιδωθεί υπό το πρίσμα της κοινής ευθύνης, τόσο από τους επαγγελματίες υγείας, όσο και από τα συστήματα υγείας (West et al. 2018).

#### 2.4.2. Παρεμβάσεις για την καταπολέμηση του burnout σε οργανωτικό επίπεδο:

Παρόλο που οι παρεμβάσεις σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας επιδρούν θετικά στην καταπολέμηση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης, εντούτοις, δεν επαρκούν για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα σε βάθος. Όπως σημειώνουν οι Liyanage et al. (2022), οι παρεμβάσεις θα πρέπει να εστιάσουν στα συστήματα υγείας και όχι στους επαγγελματίες. Αντίστοιχα και οι Panagioti et al. (2017) στην έρευνά τους αναφέρουν πως οι παρεμβάσεις στους επαγγελματίες υγείας ήταν λιγότερο αποδοτικές, σε σύγκριση με τις παρεμβάσεις στα συστήματα υγείας. Αξίζει να αναφερθεί ότι στην έρευνα των De Simone, et al. (2021) για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων κατά της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα ευρήματα ανέδειξαν πως οι οργανωτικές παρεμβάσεις είχαν ως αποτέλεσμα τη μέτρια μείωση των ποσοστών burnout, ενώ οι παρεμβάσεις σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας επέφεραν μικρή μείωση των ποσοστών. Επιπλέον, οι οργανωτικές παρεμβάσεις μείωναν περισσότερο την αποπροσωποποίηση και ενίσχυαν το αίσθημα προσωπικής επίτευξης του προσωπικού. Στον αντίποδα, οι παρεμβάσεις που στόχευαν στο υγειονομικό προσωπικό, μείωναν κατά πολύ λιγότερο το βαθμό αποπροσωποποίησης και αντίστοιχα ενίσχυαν σε πολύ μικρότερο βαθμό την προσωπική αποτελεσματικότητα.

Δεδομένου ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει τις ρίζες της στο εργασιακό περιβάλλον, εύλογα απορρέει ότι οι παρεμβάσεις θα πρέπει να εστιάσουν στο οργανωτικό πλαίσιο. Όπως αναφέρουν οι West et al. (2018) ο περιορισμός των ωρών εργασίας των ειδικευομένων συνέβαλε στη μείωση της επαγγελματικής τους εξουθένωσης. Αντίστοιχα, ο περιορισμός των ωρών εργασίας των γιατρών στις μονάδες εντατικής θεραπείας και η ενασχόλησή τους με την εκπαίδευση των συναδέλφων, μείωσε τα επίπεδα του burnout. Συνοψίζοντας, οι προσεγγίσεις αυτές εστιάζουν στον υπερβολικό φόρτο εργασίας, ως παράγοντα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αναφορικά με τις παρεμβάσεις σε οργανωτικό πλαίσιο, οι Rollins et al., (2021) στην εκτενή τους μελέτη ανέδειξαν τρία βασικά ζητήματα που θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν, ώστε να μειωθούν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και να ενισχυθεί η προσήλωση των εργαζομένων. Ειδικότερα, η εργασιακή κουλτούρα που έχει ως προτεραιότητα την ανθρωποκεντρική περίθαλψη, οι ισχυρές δεξιότητες διαχείρισης

και οι πρακτικές για την εξάλειψη της γραφειοκρατίας, και τέλος, η επαγγελματική εξέλιξη των εργαζομένων και η προτεραιοποίηση της αυτοφροντίδας τους, από πλευράς διοίκησης.

Αρχικά, η εργασιακή προσήλωση όπως διευκρινίζουν οι Bakker et al., (2008), αναφέρεται σε μια θετική κατάσταση ικανοποίησης, εκπλήρωσης και παρακίνησης από την εργασία, από την οποία προκύπτει η ενεργητικότητα και η αφοσίωση των εργαζομένων. Η επαγγελματική αφοσίωση των υγειονομικών επιφέρει ποιοτικότερη παροχή φροντίδας υγείας, αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και κατ' επέκταση βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα. Οι Maslach et al., (2008) στην έρευνα για τους πρώιμους παράγοντες πρόβλεψης της επαγγελματικής εξουθένωσης, εννοιολογικά κατατάσσουν την επαγγελματική αφοσίωση απέναντι από το burnout, ως την αντίθετη κατάσταση, δεδομένου ότι το burnout έχει τις αντίστροφες συνέπειες.

Οι παρεμβάσεις κατά της επαγγελματικής εξουθένωσης κρίνεται αναγκαίο να εστιάζουν στην εργασιακή κουλτούρα. Πολλές φορές, η εργασιακή κουλτούρα των μονάδων περίθαλψης διαμορφώνεται από αριθμούς, μετρήσεις και γραφειοκρατικές διαδικασίες. Πιο συγκεκριμένα, από τις μετρήσεις αποδοτικότητας του προσωπικού, από τον αριθμό ασθενών, τις ώρες εργασίας και από τη μεγιστοποίηση του κέρδους, μειώνοντας στα απολύτως αναγκαία τα λειτουργικά κόστη, ακόμη κι αν αυτό συνεπάγεται λιγότερο ανθρώπινο δυναμικό για την κάλυψη των εργασιακών απαιτήσεων. Όπως επισημαίνεται στο έργο των Lacy et al., (2018), τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης συναρτώνται άμεσα με τις εργασιακές ώρες. Συνάγεται έτσι το συμπέρασμα ότι σε πλαίσια παροχής φροντίδας υγείας, όπου η εργασιακή κουλτούρα εστιάζει στην αύξηση των ωρών εργασίας των εργαζομένων για την κάλυψη των αναγκών, οι επαγγελματίες υγείας θα εμφανίσουν υψηλότερα ποσοστά burnout. Απόρροια, τα μειωμένα ποσοστά εργασιακής προσήλωσης, κάτι που δυνητικά οδηγεί στην αποχώρηση προσωπικού, τη στιγμή που η διατήρηση εργαζομένων σε επαγγέλματα που χαρακτηρίζονται από έλλειψη, ανάγεται σε μείζον ζήτημα για τις μονάδες υγείας (Roulin et al., 2014).

Αντίθετα, στην έρευνα των Rollins et al., (2021) η ανθρωπο-κεντρική εργασιακή κουλτούρα αναδεικνύεται ως παράγοντας διατήρησης της επαγγελματικής αφοσίωσης των κλινικών γιατρών. Πράγματι, σε ένα περιβάλλον με επίκεντρο τη φροντίδα των ασθενών και την παροχή εξατομικευμένης και ποιοτικής περίθαλψης, οι γιατροί

μπορούν απερίσπαστα να ασχοληθούν με τους ασθενείς και τη θεραπεία τους, διατηρώντας, ακόμα και ενισχύοντας την επαγγελματική τους προσήλωση.

Εξίσου σημαντικές αξιολογούνται οι δεξιότητες διαχείρισης των διοικητικών στελεχών. Οι Silva et al., (2021) υπογραμμίζουν ότι η ανεπαρκής διοίκηση αποδυναμώνει τα συστήματα υγείας, με ανυπολόγιστο κόστος, συμπεριλαμβανομένης της άρνησης ιεράρχησης και εφαρμογής πρωτοκόλλων ασφαλείας, καθώς και της αντίστασης στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού. Τα μέτρα για την αντιμετώπιση του burnout θα πρέπει να στοχεύσουν στις δυσκολίες επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων, στις ανεπάρκειες του συστήματος και στην περαιτέρω ανάπτυξη ηγετικών δεξιοτήτων των διοικητικών στελεχών, προκειμένου να μειωθεί η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων και να ενισχυθεί η εργασιακή τους αφοσίωση.

Όπως έχει προαναφερθεί, η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και η συνεργατικότητα κρίνονται αναγκαίες προϋποθέσεις για την ομαλή συνύπαρξη των υγειονομικών και τη δημιουργία καλού κλίματος στο χώρο εργασίας. Ωστόσο, πολλές φορές ο φόρτος εργασίας, οι έντονες απαιτήσεις ενός πλαισίου υγειονομικής περίθαλψης και η επαγγελματική εξουθένωση αποτελούν τροχοπέδη. Συχνά, παρατηρείται έλλειψη ή κακή επικοινωνία μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού και των διοικητικών στελεχών, που πυροδοτεί ένταση μεταξύ των εργαζομένων. Στον αντίποδα, σε περιπτώσεις όπου τα διοικητικά στελέχη επικοινωνούν θετικά με τους υφισταμένους τους και προσπαθούν να δώσουν λύσεις στα εργασιακά προβλήματα παρέχοντας υποστήριξη, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να εκφράσουν τις ανησυχίες και τις δυσκολίες τους, καθώς και να αφοσιωθούν στο επαγγελματικό τους έργο. Γενικότερα, όταν τα διοικητικά στελέχη δείχνουν κατανόηση και είναι προσιτά στους υφισταμένους τους, ενισχύεται η σύνδεση μεταξύ συναδέλφων και προάγεται η συνεργασία.

Ο εξορθολογισμός γραφειοκρατικών διαδικασιών για τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας, αποτελεί ακόμα ένα πεδίο παρέμβασης. Οι Bodenheimer et al., (2014) ανέδειξαν ότι σε ποσοστό 87% οι γιατροί κατονόμασαν ως κύρια πηγή του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης τις γραφειοκρατικές και διοικητικές

διαδικασίες. Ομοίως, αρκετοί συμμετέχοντες στην έρευνα των Rollins et al., (2021) ανέφεραν πως η μείωση των περιττών γραφειοκρατικών διαδικασιών συντελεί στην ενίσχυση της επαγγελματικής τους αφοσίωσης.

Επιπλέον, αναγκαία κρίνεται η ενδυνάμωση των διοικητικών στελεχών με τις κατάλληλες ηγετικές δεξιότητες. Τα διοικητικά στελέχη που αφήνουν περιθώριο αυτονομίας στους επαγγελματίες υγείας, αποδέχονται τα σχόλια ανατροφοδότησης των εργαζομένων και ενεργούν με βάση αυτά, και χτίζουν σχέσεις εμπιστοσύνης και υποστήριξης με τους υφισταμένους τους, μεγιστοποιούν την αποδοτικότητα των εργαζομένων και ενισχύουν την επαγγελματική τους προσήλωση. Ζωτικής σημασίας για τους επαγγελματίες υγείας κρίνεται η αναγνώριση, ο σεβασμός και η εκτίμηση του έργου τους, από τους ανωτέρους τους.

Έμφαση θα πρέπει να δοθεί και στο πεδίο της επαγγελματικής εξέλιξης και της ευημερίας των εργαζομένων. Ο διαθέσιμος χρόνος για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, καθοδήγηση και εξέλιξη των επαγγελματιών υγείας εντός του εργασιακού πλαισίου, αποτελεί κίνητρο για την παροχή βελτιωμένης υγειονομικής περίθαλψης και για την ενίσχυση της επαγγελματικής τους αφοσίωσης.

Το 2008 οι Berwick, et al. εισήγαγαν την προσέγγιση του “Τριπλού Στόχου” για την βελτιστοποίηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας. Αναλυτικότερα, οι τρεις στόχοι περιλαμβάνουν τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, την ενίσχυση της εμπειρίας περίθαλψης του ασθενούς και τη μείωση του κατά κεφαλήν κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Η προσέγγιση αυτή λειτούργησε ως πυξίδα για τα υγειονομικά συστήματα. Ωστόσο, η τήρηση του Τριπλού Στόχου επαφίεται στην επαγγελματική αφοσίωση του υγειονομικού προσωπικού. Για το λόγο αυτό, όπως συμπεραίνουν οι Bodenheimer et al., (2014), θα πρέπει να προστεθεί ακόμη ένας στόχος, που θα αφορά την βελτίωση της επαγγελματικής ζωής των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Με άλλα λόγια, χρειάζεται να προτεραιοποιηθεί η ανάγκη λήψης άδειας των υγειονομικών από την εργασία τους είτε για ξεκούραση και αυτοφροντίδα, είτε για την εναρμόνιση της επαγγελματικής ζωής με την προσωπική. Τα εργασιακά πλαίσια που νοιάζονται για την καλή κατάσταση των εργαζομένων τους οφείλουν να δίνουν προτεραιότητα στις



ανάγκες του προσωπικού τους, ακόμα και σε απλές δράσεις αυτοφροντίδας, όπως λ.χ. το διάλειμμα για μεσημεριανό και η χαλάρωση, που συμβάλλουν στη μείωση του εργασιακού στρες (Rollins et al., 2021).

Ακόμη, η αξιοποίηση του βοηθητικού προσωπικού στην καταχώρηση των ασθενών στον ιατρικό φάκελο κατά τη διάρκεια λήψης ιστορικού από το γιατρό, η διεκπεραίωση της συνταγογράφησης, η διεύρυνση των αρμοδιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των χρονίως πασχόντων και για την προληπτική φροντίδα υγείας υπό την εποπτεία του γιατρού, είναι μερικές από τις ενέργειες που συμβάλλουν, στον σωστό επιμερισμό της εργασίας, στον περιορισμό των γραφειοκρατικών διαδικασιών, στη μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση του υγειονομικού προσωπικού, και στη δυνατότητα της ομάδας να διαχειρίζεται περισσότερα περιστατικά πιο αποτελεσματικά, χωρίς να υπερβαίνει το εργασιακό ωράριο (Bodenheimer et al., 2014). Η αποτελεσματικότερη διαχείριση των περιστατικών θα ενισχύσει την αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων του υγειονομικού προσωπικού, η οποία θα αντισταθμίσει το εργασιακό άγχος (Kocalevent et al., 2020).

Συμπερασματικά, η ολιστική προσέγγιση των παρεμβάσεων κατά της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να βελτιώσει την υγεία και την ευημερία των επαγγελματιών υγείας (Brand et al., 2017). Όπως τονίζουν οι Kaschka et al., (2011), οι παρεμβάσεις θα πρέπει να γίνονται ανάλογα με τη σοβαρότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε κάθε περίπτωση όμως, προαγωγή υγείας στον εργασιακό χώρο, η εισαγωγή μοντέλων εργασιακού χρόνου, η εφαρμογή συνεδριών εποπτείας, και εν γένει όλες οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην βελτίωση της εργασιακής κουλτούρας, επιδρούν καταλυτικά στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Kaschka et al., 2011).

Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην εργασιακή κουλτούρα, καθώς τις περισσότερες φορές είναι η αιτία που αποτρέπει τους επαγγελματίες υγείας από το να αναζητήσουν βοήθεια. Σε ένα απαιτητικό περιβάλλον συνεχούς εγρήγορσης, άγχους, συνεχών απαιτήσεων από τους ασθενείς και τους ανωτέρους, η ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας κρίνεται ήσσονος σημασίας, παρά τα επιστημονικά στοιχεία που καταδεικνύουν το ακριβώς αντίθετο (Center et al., 2003). Για το λόγο αυτό, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να ενημερώνουν τους εργαζομένους

τους αναφορικά με τις επιπτώσεις του burnout και τη σημασία της πρόληψης/μείωσης της συναισθηματικής τους εξάντλησης.

Τέλος, δεδομένης της υψηλής επαγγελματικής εξουθένωσης που έχει καταγραφεί στους φοιτητές ιατρικής και στους ειδικευομένους, κρίνεται σκόπιμη η εισαγωγή εκμάθησης επικοινωνιακών δεξιοτήτων, ενσυναισθητικής προσέγγισης και δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας, στα προγράμματα σπουδών ιατρικής. Με αυτόν τον τρόπο, οι φοιτητές θα μπορούν από νωρίς να ενσωματώσουν τις δεξιότητες αυτές στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία (Salvado et al., 2021). Επιπλέον, προτείνεται η διασύνδεση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης με τα πανεπιστήμια, προκειμένου να σχεδιάσουν από κοινού παρεμβάσεις με στόχο την καταπολέμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και την βελτιωμένη παροχή φροντίδας υγείας (Johnson et al., 2018)

## 2.5. Ενσυναίσθηση & Επαγγελματική εξουθένωση:

Όπως είπε ο Moshin Hamid “ενσυναίσθηση είναι να ανακαλύπτεις την ηχώ ενός άλλου ανθρώπου μέσα σου”. Ο ορισμός αυτός αν και γλαφυρός, συνοψίζει όλο το νόημα της ενσυναίσθησης. Ενσυναίσθηση είναι να μπαίνεις στη θέση ενός άλλου ατόμου, να συμμερίζεσαι τα βιώματα, τις σκέψεις, τα συναισθήματα του άλλου και να αντιλαμβάνεσαι το πώς ο άλλος νοηματοδοτεί τον κόσμο, χωρίς να χάνεις την ταυτότητά σου.

Στην κλινική πρακτική, η ενσυναίσθηση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της θεμελίωσης της θεραπευτικής σχέσης. Ο επαγγελματίας υγείας που έχει ενσυναισθητική στάση, είναι σε θέση να αναγνωρίσει όσα δεν λέγονται από τον ασθενή κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, να λάβει πιο ακριβές ιστορικό και να δώσει την κατάλληλη εξατομικευμένη θεραπεία για τον ασθενή. Η ενσυναίσθηση του επαγγελματία υγείας, περικλείει το ενδιαφέρον για τον ασθενή και την πορεία της εξέλιξής του. Απόρροια της ενσυναισθητικής στάσης είναι η καλύτερη σχέση επαγγελματία υγείας- ασθενή, η μεγαλύτερη συμμόρφωση του ασθενή στη θεραπεία, τα βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα αλλά και η αίσθηση προσωπικής επίτευξης του επαγγελματία υγείας (Williams et al. 2017).

Στον αντίποδα, η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφει μια πολύ δύσκολη κατάσταση που βιώνει ο επαγγελματίας υγείας και εκπορεύεται από την εργασία του. Ειδικότερα, ο επαγγελματίας υγείας βιώνει μια συναισθηματική εξάντληση, εξαιτίας του συναισθηματικού φορτίου που λαμβάνει από τις διεργασίες με τους ασθενείς και προκειμένου να μπορέσει να το διαχειριστεί, αναπτύσσει ως μηχανισμό άμυνας την αποπροσωποποίηση (Schaufeli W.B et. Al, 1993). Η αποπροσωποποίηση αναφέρεται στη συναισθηματική απόσταση που παίρνει ο επαγγελματίας υγείας από τα περιστατικά που καλείται να διαχειριστεί και έχει ανυπολόγιστες συνέπειες για την παροχή φροντίδας και την κλινική αποτελεσματικότητα (Simionato G. et. al, 2019), για την έκβαση της θεραπείας των ασθενών (McCarthy W.C. et al.,1999) όσο και για τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας. Εξαιτίας της αποπροσωποποίησης ο επαγγελματίας υγείας δε λαμβάνει εργασιακή ικανοποίηση, νιώθει αδύναμος να αλλάξει την

κατάσταση και κατ' επέκταση μειώνεται η αίσθηση της αυτο- αποτελεσματικότητάς του.

Αρκετές μελέτες σχετίζουν θετικά την ενσυναίσθηση με την επαγγελματική εξουθένωση, διατείνοντας πως όσο πιο ενσυναισθητικοί είναι οι επαγγελματίες υγείας, τόσο πιο πιθανό είναι να εμφανίσουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Truchot D. et al. 2011, Ferreira S. et al, 2020). Ωστόσο, πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί που αναδεικνύουν μια αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Με άλλα λόγια, όσο πιο υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης εμφανίζουν οι επαγγελματίες υγείας, τόσο χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης καταγράφουν και το αντίθετο (Bogiatzaki et al. 2019, Wolfshohl et al. 2019, Ferri et al., 2015, Lamothe et al., 2014). Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης λειτουργούν προστατευτικά στους επαγγελματίες υγείας, θωρακίζοντάς τους απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση (Thirioux et al. 2016, Ferri et al. 2015, Lamothe et al. 2014) και το δευτερογενές τραυματικό στρες (Wagaman et al. 2015). Στη μελέτη τους οι von Harscher et al. (2018) σε φοιτητές ιατρικής για τη διερεύνηση της συσχέτισης ενσυναίσθησης και επαγγελματικής εξουθένωσης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όσοι φοιτητές επεδείκνυαν αυξημένα επίπεδα ενσυναισθητικής στάσης, είχαν στατιστικά χαμηλότερες βαθμολογίες εξουθένωσης με την πάροδο του χρόνου. Αντίστοιχα, όσοι φοιτητές εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα προσωπικής δυσφορίας, είχαν στατιστικά υψηλότερες βαθμολογίες επαγγελματικής εξουθένωσης σε διάστημα τριών ετών.

Ενδιαφέρουσα είναι η συσχέτιση της ενσυναίσθησης με την συναισθηματική εξάντληση. Πιο συγκεκριμένα, οι υγειονομικοί σε ανθρωποκεντρικές ειδικότητες που εργάζονταν σε κλινικές με αυξημένο συναισθηματικό φορτίο και είχαν άμεση επαφή με τους ασθενείς, παρόλο που είχαν αναπτύξει υψηλότερη ενσυναίσθηση, ταυτόχρονα σημείωναν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση (Bogiatzaki et al. 2019). Σύμφωνα με τον Halpern J. (2001) οι επαγγελματίες υγείας που δεν εφαρμόζουν κάποιο περιορισμό στην ενσυναισθητική τους στάση, είτε γιατί δεν έχουν εκπαιδευτεί σωστά στην έννοια της ενσυναίσθησης είτε/και επειδή τη συγχέουν με τη συμπάθεια, μπορεί να οδηγηθούν στην επαγγελματική εξουθένωση.

Για το λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η ενσωμάτωση της ενσυναίσθησης στην κατάρτιση και εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών λειτουργών (Wagaman et al. 2015). Η ανάπτυξη των δεξιοτήτων ενσυναίσθησης μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα και η εκμάθηση τεχνικών συναισθηματικής αυτορρύθμισης, μπορούν να ενδυναμώσουν τους επαγγελματίες υγείας από την συναισθηματική και επαγγελματική εξάντληση, βελτιώνοντας παράλληλα την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

.....

### 3. Επαγγελματίες Ψυχικής υγείας:

### 3.1. Κρίσεις που διαμόρφωσαν το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας:

Προκειμένου να γίνει αντιληπτή η καθημερινότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, θα πρέπει να αναλυθεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο εργάζονται και συγκεκριμένα το πώς έχει διαμορφωθεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.

#### 3.1.1. Η οικονομική κρίση

Στα τέλη του 2009, ξεκίνησε η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, απόρροια της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης και της κρίσης του χρηματοπιστωτικού συστήματος που ξεκίνησε από τις Η.Π.Α. το 2008. Οι συνέπειες ήταν οδυνηρές, καθώς μετά από 15 χρόνια οικονομικής ανάπτυξης, οι Έλληνες αναγκάστηκαν να προσαρμοστούν σε μια πολύ δύσκολη οικονομική πραγματικότητα. Πολλοί άνθρωποι έμειναν χωρίς δουλειά, στους περισσότερους εργαζομένους έγιναν ραγδαίες μειώσεις μισθών, αντίστοιχα και στις συντάξεις (Kentikelenis et al. 2011). Συνεπακόλουθα, η οικονομική κρίση έπληξε την υγειονομική περίθαλψη και την υγεία των πολιτών.

Ειδικότερα, τα μνημόνια που υπέγραψε η Ελλάδα με την Τρόικα προκειμένου να δανεισθεί, αφορούσαν μεταξύ άλλων τις δεσμεύσεις της πρώτης για μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας και εξυγίανση του Ε.Σ.Υ, με στόχο να γίνει πιο αποδοτικό. Καθώς μειώθηκαν οι αμοιβές των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα, αντίστοιχα επηρεάστηκαν και οι αποδοχές των επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα, έγιναν περικοπές προϋπολογισμών σε όλες τις δημόσιες υγειονομικές δομές και πάγωσαν κάθε είδους προσλήψεις. Ακόμα και σε περιπτώσεις συνταξιοδότησης υπαλλήλων προβλεπόταν η μη αντικατάσταση αυτών, με σκοπό τη μείωση του κόστους του ανθρώπινου δυναμικού στην υγειονομική περίθαλψη (Νιάκας Δ.,2014). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι περικοπές των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας έφτασαν περίπου το 40%, με συνεπακόλουθες ελλείψεις σε ιατρικό υλικό και εξοπλισμό (Kentikelenis et al. 2011). Επιπλέον, στις υποχρεώσεις της Ελλάδας συμπεριλαμβανόταν η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, η αναμόρφωση της κοινωνικής ασφάλισης και η συγχώνευση υγειονομικών μονάδων περίθαλψης (Kousi et al. 2021).

Αναφορικά με τη φαρμακευτική δαπάνη, θεσπίστηκαν μέτρα όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος των φαρμάκων. Αυτό που δεν άλλαξε, τουλάχιστον όχι ουσιαστικά, ήταν η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Καθώς η Ελλάδα διαχρονικά δεν μπορούσε να εξασφαλίσει την σωστή κατανομή των πόρων, ανθρώπινων και μη, οι περισσότερες υγειονομικές δομές, μέχρι και σήμερα, είναι συγκεντρωμένες στις μεγάλες αστικές περιοχές τη στιγμή που οι αγροτικές και νησιωτικές περιοχές δεν έχουν επαρκή αριθμό δομών, ούτε και πρόσβαση σε ιατρικές ειδικότητες (Kousi et al. 2021, Anargyros et al. 2021). Ενδεικτικά, οι Koumoula et al. (2023) διαπιστώνουν έλλειψη παιδοψυχιάτρων στο δημόσιο τομέα, ιδιαίτερα στις αγροτικές/νησιωτικές περιοχές.

Από την πολιτική της οικονομικής λιτότητας δε θα μπορούσε να εξαιρεθεί η Ψυχική υγεία. Όπως υπογραμμίζουν οι Kolaitis et al. (2015) οι περικοπές στην ψυχική υγεία το 2014 άγγιξαν σχεδόν το 50%, σε σύγκριση με το 2007. Απότοκο της υποστελέχωσης των δομών ψυχικής υγείας και των περικοπών ήταν οι υπηρεσίες να μη λειτουργούν κανονικά, ενώ κάποιες δομές βρέθηκαν στο όριο αναστολής της λειτουργίας τους. Παράλληλα, μη κερδοσκοπικά κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, μονάδες ψυχο-κοινωνικής αποκατάστασης και εξειδικευμένα κέντρα έκλεισαν.

Αναπόφευκτα η οικονομική κρίση επηρέασε και την υγεία των Ελλήνων. Η υγεία των πολιτών επιδεινώθηκε, κυρίως οι πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι και οι άνεργοι, που ανέφεραν κακή κατάσταση υγείας (Kousi et al. 2021, Kentikelenis et al. 2011). Αίσθηση προκαλεί ότι την περίοδο 2008-2011 αυξήθηκαν τα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό. Με αυτόν τον τρόπο, αναδεικνύεται η σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης με την οικονομική δυσκολία και αντίστροφα η διάβρωση της ψυχικής υγείας από την οικονομική δυσπραγία (Economou et al. 2013). Όπως κατέγραψαν οι Kentikelenis et al. (2011), το 2009 αυξήθηκε ο αριθμός αυτοκτονιών κατά 17% συγκριτικά με το 2007, ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκε η εγκληματικότητα και η βία. Το 2012 σημειώθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών, οι οποίες συσχετίστηκαν με τα νέα μέτρα λιτότητας που υπέγραψε η Ελλάδα τον Ιούνιο του 2011 (Branas et al. 2015).



### 3.1.2. Η υγειονομική κρίση Covid

Η πανδημία COVID-19 βρήκε την Ελλάδα απροετοίμαστη, καθώς το εθνικό σύστημα υγείας όχι μόνο δεν είχε ανακάμψει από την παρατεταμένη οικονομική και κοινωνική κρίση (Tsobanoglou 2014), αλλά βρισκόταν στα όρια της κατάρρευσης (Giannopoulou et al. 2020), με υποτυπώδη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Ταυτόχρονα με την επιβολή του lockdown, οι κλινικές των νοσοκομείων έκλεισαν, και οι θάλαμοι εκκενώθηκαν, με συνέπεια πολλοί ασθενείς να πάρουν πρόωρα εξιτήρια, με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Δόθηκε απόλυτη προτεραιότητα στον Covid και για τη διαχείρισή του ορίστηκαν 13 νοσοκομεία αναφοράς. Παράλληλα, πολλές κλινικές και θάλαμοι μετατράπηκαν σε κλινικές αποκλειστικής διαχείρισης Covid περιστατικών ή/και σε μονάδες εντατικής θεραπείας για τους σοβαρά πάσχοντες από Covid. Η λειτουργία των τακτικών χειρουργείων και των εξωτερικών ιατρείων αναστάλθηκε, ενώ τα νοσοκομεία κάλυπταν μόνο τα επείγοντα περιστατικά. Εξαιτίας της έλλειψης μέσων ατομικής προστασίας, ακόμα και τα χειρουργεία του ιδιωτικού τομέα διέκοψαν τη λειτουργία τους (Giannopoulou et al. 2020).

Απόρροια της ως άνω κατάστασης, σημειώθηκε περαιτέρω εξασθένηση της ΠΦΥ, με καθυστερήσεις στις διαγνώσεις, ακόμα και παρακώλυση της συνέχειας της φροντίδας υγείας, κυρίως σε χρόνιους πάσχοντες (OECD, 2021, Agorastidou et al. 2020) με συνεπακόλουθη την αύξηση των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών. Χαρακτηριστική είναι η αναφορά της Eurostat (2022) αναφορικά με τις ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες ατόμων άνω των 16 ετών, για ιατρική εξέταση και θεραπεία. Η Ελλάδα παρουσιάζει το τρίτο μεγαλύτερο κατά σειρά ποσοστό ανεκπλήρωτων υγειονομικών αναγκών ξεπερνώντας το 13%.

Με γνώμονα την απόλυτη προτεραιότητα στον ιό Covid, παραγκωνίστηκε και ο τομέας της ψυχικής υγείας. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενηλίκων, παιδιών και εφήβων υπολειτουργούσαν με μειωμένο προσωπικό, ενώ κατά βάση παρείχαν υποστήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειές τους μέσω τηλεφώνου ή στην καλύτερη περίπτωση μέσω βιντεοκλήσεων. Στις Ψυχιατρικές και Παιδοψυχιατρικές κλινικές των νοσοκομείων περιορίστηκε η πρόσβαση, ωστόσο συνέχισαν να εξυπηρετούν επείγοντα περιστατικά και συνταγογραφήσεις φαρμάκων (Agorastidou et al. 2020). Αυτός ο περιορισμός πρόσβασης στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, συνέβαλε στη

μείωση των παραπομπών περιστατικών για ψυχιατρική/παιδοψυχιατρική εκτίμηση (Giannopoulou et al. 2020).

Τα παρατεταμένα lockdown και η κοινωνική αποστασιοποίηση που επιβλήθηκαν λόγω της πανδημίας, επηρέασαν δραματικά τους Έλληνες σε όλους τους τομείς. Σε επίπεδο ψυχικής υγείας, το 80% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι η ψυχική τους υγεία επιδεινώθηκε, εν συγκρίσει με την προ Covid εποχή, ενώ επηρεάστηκαν περισσότερο όσοι είχαν παιδιά (Stylianou et al. 2023). Επιπλέον, ένας στους τρεις γονείς ανέφερε ότι η ψυχική υγεία των παιδιών τους επηρεάστηκε δραματικά, κυρίως εξαιτίας της κοινωνικής απομόνωσης (Magklara et al. 2023). Αντίστοιχα, επηρεάστηκαν και οι νέοι άνθρωποι. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνα των Patsali et al. (2020) που διεξήχθη σε φοιτητές κατά το πρώτο lockdown, προέκυψε ότι το 12,43% εμφάνισε μείζονα κατάθλιψη και το 13,46% γενικευμένο άγχος. Όσον αφορά τους μεγαλύτερους ηλικιακά ανθρώπους, η πανδημία Covid-19 επέδρασε καταλυτικά στην ψυχική τους υγεία. Καθώς θεωρούνταν οι πιο ευάλωτοι απέναντι στον ιό, τα περιοριστικά μέτρα και η κοινωνική απομόνωση εξαιτίας του φόβου επιμόλυνσης, κατέστησαν έντονη τη μοναξιά, κυρίως σε όσους διέμεναν μόνοι. Επιπλέον, όπως καταγράφουν οι Parlapani et al. (2020), το 81,6% ανέφερε συμπτώματα μέτριας ή σοβαρής κατάθλιψης, το 84,5% σημείωσε μέτριο ή σοβαρό άγχος, ενώ το 37,9% παρουσίασε προβλήματα στον ύπνο. Σημειώνεται, πως οι περισσότερες ενημερωτικές καμπάνιες στόχευαν στην κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων, προκειμένου να προφυλαχθούν από τον ιό, γεγονός που συνέβαλε στον ηλικιακό στιγματισμό (Banerjee D. 2020).

Αντίστοιχα, η πανδημία είχε δραματική επίδραση και στους επαγγελματίες υγείας. Η αίσθηση αβεβαιότητας και απειλής και το δίλημμα μεταξύ της παροχής φροντίδας στους ασθενείς και της διαφύλαξης της προσωπικής υγείας αλλά και της υγείας των αγαπημένων προσώπων, εξουθένωσαν συναισθηματικά τους επαγγελματίες υγείας. Επιπρόσθετα, η έλλειψη σε διαγνωστικά τεστ, σε ιατρικό εξοπλισμό και κλίνες ΜΕΘ ενέτεινε το ηθικό αδιέξοδο των υγειονομικών (Morley et al. 2020). Στην έρευνα που διεξήχθη από τους Aslanidis et al. (2023) σε επαγγελματίες υγείας για την επίδραση του Covid στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής, οι ερωτώμενοι σημείωσαν μέτρια ποσοστά ποιότητας ζωής και ψυχικής υγείας, ενώ το 30,6 % ανέφερε άγχος και το 20,6% φόβο για τη νόσο. Όπως συμπεραίνουν ο Covid επηρέασε την ποιότητα ζωής των υγειονομικών.

### 3.2. Κοινωνική πραγματικότητα στην Ελλάδα & Ψυχική Υγεία:

Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ (2023), η Ελλάδα είναι στην τρίτη θέση, μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, με τα περισσότερα ψυχικά προβλήματα στον πληθυσμό. Τα ψυχικά νοσήματα πλήττουν περίπου 2.000.000 πολίτες, δηλαδή το 19% του πληθυσμού, ενώ το κόστος της ψυχικής ασθένειας στην Ελλάδα εκτιμάται ότι ξεπερνά το 3% του ΑΕΠ.

Οι πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη που αφορά το 7% του πληθυσμού, οι διαταραχές άγχους από τις οποίες υποφέρει το 6% και οι διαταραχές χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών που αντιμετωπίζει το 2% του πληθυσμού. Στην έκθεση, διαπιστώνεται αύξηση στη χρήση αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών φαρμάκων, η οποία σχετίζεται με την επιδείνωση που προκάλεσε η πανδημία Covid στην ψυχική υγεία των πολιτών.

Κοινός τόπος είναι ότι η οικονομική κατάσταση σχετίζεται και με τις ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες (Christodoulou et al. 2019). Κατά την περίοδο της πανδημίας, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των ανεκπλήρωτων υγειονομικών αναγκών στην Ελλάδα, αγγίζοντας το 17%. Όπως προκύπτει, το 27% των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών αφορούσε σε παροχή ψυχικής φροντίδας, τη στιγμή που ο μέσος όρος της Ευρώπης ήταν στο 22% (ΟΟΣΑ 2023).

Έχει τεκμηριωθεί ότι σημαντικές καταστροφές, είτε φυσικές, είτε υγειονομικές σχετίζονται με προβλήματα στην ψυχική και σωματική υγεία, με την κατάχρηση ουσιών (Boscarino, 2015) και την αυξημένη χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Neria et al., 2009). Η κατάχρηση ουσιών φαίνεται ότι λειτουργεί ως μέσο διαχείρισης του έντονου άγχους και του μετα-τραυματικού στρες (Chilcoat et al. 2003). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την έρευνα HBSC/WHO που διενεργήθηκε το 2022 σε μαθητές Α' λυκείου, διαπιστώθηκε ότι 1 στους 13 έχει δοκιμάσει κάνναβη έστω μια φορά, ενώ 1 στους 4 έχει κάνει χρήση κάνναβης για διάστημα από 30 ημέρες και πάνω. Η χρήση κάνναβης άλλωστε, σχετίζεται με την ψύχωση και μπορεί να λειτουργήσει ως προγνωστικός παράγοντας της σχιζοφρένειας (Urits et al. 2020). Εξαιρετικά ενδιαφέρουσα κρίνεται η έρευνα των λυμάτων στην Αττική το 2020, που διενεργήθηκε κατά τη διάρκεια του πρώτου απαγορευτικού και δίνει σαφή εικόνα της μακροπρόθεσμης επίδρασης του Covid στην ψυχική υγεία. Πιο συγκεκριμένα, τα

Εργαστήρια Αναλυτικής Χημείας και Μοριακής Βιολογίας του ΕΚΠΑ σε συνεργασία με τα Κεντρικά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας του ΕΟΔΥ, ανέδειξαν σημαντική αύξηση της χρήσης κοκαΐνης, αμφεταμίνης και μεθαμφεταμίνης, ενώ σχετική αύξηση φαίνεται να έχουν κάποια οπιούχα (κωδεΐνη και μορφίνη) και τα αντικαταθλιπτικά.

Ένας ακόμη πολύ διαδεδομένος εθισμός μεταξύ παιδιών και εφήβων - και όχι μόνο - είναι ο εθισμός στο διαδίκτυο. Τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα από την πανδημία και έπειτα, παρατηρείται σημαντική αύξηση των ποσοστών των νέων που έχουν εθιστεί στο διαδίκτυο. Φυσικά, ο εθισμός των νέων στο διαδίκτυο υπήρχε και πριν τον κορωνοϊό. Ενδεικτικά, αναφέρεται η έρευνα της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης της Διαταραχής Εθισμού στο Διαδίκτυο σύμφωνα με την οποία η Ελλάδα είναι η δεύτερη πιο εθισμένη στο διαδίκτυο χώρα στην Ευρώπη, μετά τη Βρετανία, (AMNA, 2018). Ωστόσο, η πανδημία επιδείνωσε την κατάσταση και πλέον οι νέοι είναι εθισμένοι και στα ηλεκτρονικά τυχερά παιχνίδια (Giannopoulou et al. 2020), με καταστροφικές συνέπειες για τη σχολική τους επίδοση, την προσωπική τους εξέλιξη και εν τέλει την ψυχική τους υγεία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα για την επίδοση των μαθητών, αποτελεί ο διαγωνισμός PISA 2022 (Διανέοσις 2024). Η επίδοση της Ελλάδας το 2022 έπεσε συγκριτικά με τα αποτελέσματα του 2018 στα μαθηματικά, στην κατανόηση κειμένου και στις φυσικές επιστήμες. Η πτώση στις επιδόσεις των μαθητών στο διαγωνισμό ισοδυναμεί με την απώλεια της μάθησης σχεδόν ενός σχολικού έτους και αποδίδεται στην τηλε-εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της πανδημίας και στη χρήση κινητών εν ώρα μαθήματος.

Μολονότι οι αυτοκτονίες αποτελούν ένα εξίσου σημαντικό κοινωνικό ζήτημα στις μέρες μας, ωστόσο δεν έχει δοθεί η δέουσα προσοχή τόσο ως προς την καταγραφή όσο και ως προς την μέριμνα της πολιτείας. Τα χρόνια της οικονομικής κρίσης, οι συναισθηματικές διαταραχές και οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν σημαντικά, γεγονός που κατέστησε την αυτοκτονία ως κοινωνικό πρόβλημα (De la Poza et al. 2019). Ειδικότερα, το 2012 σημειώθηκε αύξηση των συνολικών αυτοκτονιών κατά 35,7% που συσχετίστηκε με την ανεργία και την δεινή οικονομική κατάσταση (Economou et al. 2016). Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το 2016 οι αυτοκτονίες ήταν 484, ενώ το 2021 καταγράφηκαν 467. Όπως εξηγεί η ΚΛΙΜΑΚΑ (2023) το 15%-20% των αυτοκτονιών σε διεθνές επίπεδο, καταγράφεται εσφαλμένα ως ατύχημα εξαιτίας του στίγματος γύρω από τις ψυχικές ασθένειες, τις κοινωνικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες κάθε χώρας, καθώς και λόγω της δυσκολίας εξακρίβωσης της πρόθεσης

Σελίδα 60 από 166 *Μπισιάδη Καλομοίρα*

για αυτοκτονία. Παρόλα αυτά, σημειώνεται σημαντική αύξηση στους θανάτους από πτώση. Πιο συγκεκριμένα, το 2016 οι θάνατοι από πτώση ήταν 658, ενώ το 2021 υπερδιπλασιάστηκαν και έφτασαν τους 1.436. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι και οι θάνατοι από ψυχικά νοσήματα παρουσιάζουν σημαντική άνοδο. Το 2016 οι άνθρωποι που έχασαν τη ζωή τους εξαιτίας ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της άνοιας, ήταν 1.401, ενώ οι αντίστοιχοι θάνατοι για το 2021 ήταν 3.215, όπως προκύπτει από την ΕΛΣΤΑΤ.

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, σχεδόν σε εβδομαδιαία βάση, ανακοινώνεται από τα ΜΜΕ μία νέα γυναικοκτονία. Δράστες των γυναικοκτονιών τις περισσότερες φορές είναι οι εν διαστάσει σύζυγοι, οι σύζυγοι, οι σύντροφοι, οι φίλοι και σπανιότερα οι γονείς και οι συγγενείς. Όπως δηλώνουν, τα κίνητρα τις περισσότερες φορές είναι η ζήλια, η απιστία, ένας ανεπιθύμητος χωρισμός. Οι δράστες τις περισσότερες φορές πάσχουν από ψυχικά νοσήματα, που όμως δεν έχουν διαγνωσθεί, παρά μόνο μετά την επίθεση (Karakasi et al.2021). Σύμφωνα με το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC), το 2017 διαπράχθηκαν διεθνώς 87.000 γυναικοκτονίες. Οι δράστες των γυναικοκτονιών αυτών σε ποσοστό 58% ήταν οι σύζυγοι, οι σύντροφοι (πρώην και νυν) ή συγγενικά πρόσωπα των θυμάτων.

Κατά τους Kourti et al. (2023) η πανδημία Covid-19 πυροδότησε τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας διεθνώς. Ο περιορισμός στο σπίτι, όπως εξηγούν, οδήγησε στη διαρκή επαφή θύτη και θύματος, με αποτέλεσμα τα βίαια περιστατικά. Το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Γυναικοκτονιών (European Observatory on Femicide (EOF) σημειώνει ότι η Ελλάδα το 2021 κατέγραψε τη μεγαλύτερη αύξηση γυναικοκτονιών κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Πιο συγκεκριμένα, ενώ το 2020 τα καταγεγραμμένα θύματα ήταν 8, το 2021 καταγράφηκαν 23 γυναικοκτονίες, δηλαδή ο αριθμός σχεδόν τριπλασιάστηκε! Ομοίως, στο έργο των Karakasi et al. (2023) διαπιστώνεται ότι με την πάροδο των χρόνων ο αριθμός των γυναικών - θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας έχει τετραπλασιαστεί, με την αύξηση αυτή να αποδίδεται στην πρόσφατη οικονομική κρίση, και στην κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

### 3.3. Δυσκολίες και κίνδυνοι στην καθημερινή πρακτική των επαγγελματιών ψυχικής υγείας:

Στις δύο προηγούμενες ενότητες αναλύθηκε το ευρύτερο πλαίσιο, οργανωτικό και κοινωνικό, μέσα στο οποίο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας καλούνται να παρέχουν φροντίδα ψυχικής υγείας.

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κατά την καθημερινή πρακτική τις περισσότερες φορές είναι οργανωτικές, και έχουν να κάνουν με χρόνιες παθολογίες του συστήματος υγείας (Christodoulou, et al. 2019), εν προκειμένω του τομέα ψυχικής υγείας.

Ειδικότερα, οι ελλείψεις ανθρώπινου δυναμικού, τα εξαντλητικά ωράρια, οι διαρκώς αυξανόμενες απαιτήσεις του εργασιακού πλαισίου, η πίεση των ανωτέρων και οι αλλαγές στην πολιτική παροχής υπηρεσιών, αποτελούν δυσκολίες που οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν καθημερινά. Όπως έχει προαναφερθεί, ο φόρτος εργασίας, το άγχος και η πίεση συντελούν στη δημιουργία ενός αρνητικού κλίματος στο εργασιακό περιβάλλον, με συνεπακόλουθη την προβληματική επικοινωνία, ακόμα και σε συναδελφικό επίπεδο. Η κακή επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων οδηγεί σε αναποτελεσματική ή και ανύπαρκτη συνεργασία με δυσμενείς επιπτώσεις και κενά στην περίθαλψη των ασθενών. Εύλογα, αυτός ο φαύλος κύκλος μειώνει την ικανοποίηση των υγειονομικών από την εργασία τους.

Ο κίνδυνος που ελοχεύει σε τέτοιες περιπτώσεις είναι το burnout των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Κατά τους Kumar et al. (2011) οι παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επαγγελματική εξουθένωση των ψυχιάτρων είναι ο φόρτος εργασίας, τα εξαντλητικά ωράρια, η έλλειψη υποστήριξης και η εχθρική αντιμετώπιση από τη διοίκηση. Αντίθετα, η ικανοποίηση από την εργασία φαίνεται να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας (Bressi et al. 2009) και να σχετίζεται αρνητικά με την συναισθηματική εξουθένωση (Kumar et al. 2011).

Πολλές έρευνες σε παγκόσμια κλίμακα διαπιστώνουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι πιο πιθανό να βιώσουν συναισθηματική εξάντληση και να αναπτύξουν το μηχανισμό της αποπροσωποποίησης, συγκριτικά με άλλους επαγγελματίες υγείας (Bressi et al. 2009, Garcia et al. 2015). Εξαιτίας της φύσης του αντικειμένου εργασίας

τους, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκτίθενται συνεχώς στα ψυχικά τραύματα των ασθενών τους, σε τραυματικές εμπειρίες που αφηγούνται οι θεραπευόμενοι καθώς και στις εκδηλώσεις έντονων συναισθηματικών αντιδράσεων (Robinson-Keilig R.A., 2014). Σε συνδυασμό με τις επικρατούσες δυσκολίες και τα μειωμένα ενεργειακά και συναισθηματικά αποθέματα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Cocker F et.al., 2016), που σχετίζονται, μεταξύ άλλων, και με την αλληλεπίδραση με τους ασθενείς (Heponiemi et al., 2014).

Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς είναι ανήσυχοι, επιθετικοί, απαιτητικοί, ή έχουν αυτοκτονικές τάσεις, έχει μελετηθεί ότι το άγχος των ψυχιάτρων κορυφώνεται (Rathod et al., 2000, Bressi et al., 2009, Heponiemi et al., 2014, Garcia et al. 2015).

Δυστυχώς, στον ψυχιατρικό τομέα τα φαινόμενα βίας κατά των υγειονομικών υπαλλήλων είναι συνήθη, κυρίως εξαιτίας των ψυχικών νοσημάτων των ασθενών (Privitera et al. 2005), της μεγάλης αναμονής και των ανεκπλήρωτων προσδοκιών των ασθενών και των συγγενών τους (Γάτσιος κ.α. 2021). Σύμφωνα με την έρευνα των Magnavita et al., (2012), περισσότερα από τα μισά καταγεγραμμένα περιστατικά βίας διαδραματίστηκαν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και σε μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ τονίζεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο. Ενδεικτική η μελέτη των Ferri et al (2016), από την οποία προκύπτει ότι τη μεγαλύτερη συχνότητα περιστατικών βίας αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές σε ποσοστό 67%, οι βοηθοί σε ποσοστό 18% και τέλος οι γιατροί με 12%.

Μία επιπρόσθετη δυσκολία που καλούνται να διαχειριστούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ιδιαιτέρως οι ψυχίατροι, είναι η πίεση για πρόωρα εξιτήρια ασθενών.

Λόγω της έλλειψης πόρων, του περιορισμένου αριθμού κλινών και των αυστηρών κριτηρίων εισαγωγής, οι κλίνες στον ψυχιατρικό τομέα αποτελούν πολύτιμο και δυσεύρετο αγαθό (Wright et al 2016). Καθώς οι κατευθύνσεις της ψυχικής υγείας προσανατολίζονται στην μεταφορά των υπηρεσιών στην κοινότητα, με έμφαση στην αποκατάσταση των ασθενών εντός του κοινωνικού πλαισίου (Noseworthy et al 2014), παράλληλα με την εξοικονόμηση πόρων και τη μείωση του κόστους, οι μεγάλες σε διάρκεια νοσηλείες αποφεύγονται. Ως απότοκο, πολύ συχνά οι γιατροί πιέζονται να δώσουν πρόωρα εξιτήρια στους ασθενείς, υπό τον κίνδυνο νομικών επιπλοκών και επιπλοκών στην κατάσταση υγείας των ασθενών (Clibbens et al 2018).

Έχει τεκμηριωθεί ότι το διάστημα μετά το εξιτήριο για τους ψυχικά ασθενείς είναι ιδιαίτερα κρίσιμο, ιδιαίτερα η πρώτη εβδομάδα (Donisi et al. 2016). Στο διάστημα αυτό οι ασθενείς μπορεί να επιδείξουν συμπεριφορές μη συμμόρφωσης στη θεραπεία, υποτροπή ακόμη και να χρειαστούν εκ νέου νοσηλεία (Noseworthy et al. 2014). Όπως σημειώνουν οι Donisi et al. (2016) το ποσοστό επανεισαγωγής των ασθενών αποτελεί δείκτη ποιότητας της παρεχόμενης ψυχικής περίθαλψης.

Τα τελευταία χρόνια τα εξιτήρια ψυχικά ασθενών έχουν συσχετιστεί με τις αυτοκτονίες. Κατά τους Fu et al. (2024) οι ψυχικά ασθενείς συγκριτικά με άλλους ασθενείς, είναι πιθανότερο να διαπράξουν αυτοκτονία, εξαιτίας παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής τους, και δολοφονία. Χαρακτηριστικά αναφέρεται η μελέτη που διερεύνησε τις αυτοκτονίες της δεκαετίας 2005-2015, όπου διαπιστώθηκε ότι το 17% των αυτοχείρων είχε πρόσφατα πάρει εξιτήριο από νοσηλευτικά ιδρύματα (Burns et al. 2017).

Σε αυτό το πλαίσιο, οι ψυχίατροι πιέζονται να δώσουν πρόωρα εξιτήρια σε ασθενείς που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις, ενώ έρχονται αντιμέτωποι με το ηθικό δίλημμα.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο δημόσιο σύστημα υγείας της Ελλάδας, αντιμετωπίζουν συχνά ηθικά διλήμματα. Οι πελατειακές σχέσεις διαπνέουν μέχρι σήμερα και το Ε.Σ.Υ. (Davaki et al. 2005, Economou 2010, Petmesidou 2019) και πολύ συχνά οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας καλούνται να ενδώσουν σε διοικητικές ή/και πολιτικές πιέσεις που τους ασκούνται, με σκοπό την ευνοϊκότερη μεταχείριση ασθενών.

Μία ακόμη καθημερινή πρόκληση για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποτελεί η διαφύλαξη της προσωπικής τους ψυχικής ακεραιότητας. Η έκθεσή τους στον πόνο, σε περιστατικά βίας, στα βιώματα και στα τραύματα των ασθενών μπορεί να αποβεί επιζήμια για την ψυχική τους υγεία.

Η συναισθηματική εμπλοκή κάποιες φορές φαίνεται αναπόφευκτη, ειδικά σε περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών. Όπως εξηγούν οι Zeanah et al. (2022) αρκετοί παιδοψυχίατροι που αντιμετωπίζουν τέτοια περιστατικά, συχνά προσπαθούν να ισορροπήσουν μεταξύ της επαγγελματικής τους ιδιότητας και του ρόλου προστάτη-γονέα, απέναντι στο κακοποιημένο παιδί, εξαιτίας των έντονων συναισθημάτων που βιώνουν. Σε αυτή την κατεύθυνση, οι Leung et al. (2023) διαπιστώνουν συσχέτιση του δευτερογενούς τραυματικού άγχους και του έμμεσου τραύματος, με το βίωμα



προσωπικού τραύματος του επαγγελματία ψυχικής υγείας. Με άλλα λόγια, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν βιώσει τραύμα στο παρελθόν, είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν υπερεμπλοκή στην εξέλιξη του ασθενή και δευτεροπαθές τραύμα. Επιπλέον, συσχετίζουν την υπερεμπλοκή του επαγγελματία ψυχικής υγείας με τη μειωμένη ποιότητα παροχής φροντίδας.

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει στην εκδήλωση τέτοιων συμπτωμάτων είναι και το φύλο. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι παρακολουθούσαν ασθενείς με τραύμα, προκύπτει ότι οι γυναίκες ήταν πιο ευαίσθητες, χωρίς φυσικά να σημαίνει ότι οι άνδρες έμεναν ανεπηρέαστοι (Baum 2016).

Συνοψίζοντας, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σήμερα αντιμετωπίζουν καθημερινά πολλά εμπόδια σε οργανωτικό, οικονομικό και προσωπικό επίπεδο. Μολονότι στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση, λόγω της εγγενούς δυσκολίας του αντικειμένου εργασίας τους, εντούτοις υπάρχουν έρευνες που διαπιστώνουν ότι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των ψυχιάτρων είναι τα πιο χαμηλά σε σχέση με άλλες ιατρικές ειδικότητες (Rejškovíc et al. 2011). Εξαιρετικό ενδιαφέρον προκαλεί το πώς κάτω από τέτοιες αντιξοότητες, καταφέρνουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να αναπτύσσουν ψυχική ανθεκτικότητα και να προσφέρουν στους συνανθρώπους τους !

## ΜΕΡΟΣ Β' - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:

#### 4. 1.Μεθοδολογία έρευνας

Το παρόν πόνημα αφορά σε μια συγχρονική έρευνα. Η έρευνα περιλαμβάνει μια καταγραφή κοινωνικο- δημογραφικών στοιχείων, το ερωτηματολόγιο για την ενσυναίσθηση Jefferson Scale of Empathy Health Profession (JSE- HP) καθώς και το ερωτηματολόγιο για την επαγγελματική εξουθένωση MBI (Maslach Burnout Inventory) (Maslach, Jackson and Leiter, 1996).

Το σύνολο των ερωτηματολογίων διαμορφώθηκε σε ηλεκτρονική μορφή, μέσω Google Forms και αποστάλθηκε ηλεκτρονικά μέσω email στις κεντρικές διευθύνσεις των υγειονομικών δομών της 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ (Νοσοκομεία, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Τ.Ο.Μ.Υ. και Οικοτροφεία). Μέσω της εσωτερικής διανομής των υγειονομικών μονάδων διαμοιράστηκε σε υγειονομικούς υπαλλήλους, οι οποίοι ακολουθώντας το σύνδεσμο που συμπεριλαμβανόταν στο email ενημέρωσης, μπορούσαν να συμπληρώσουν άμεσα το ερωτηματολόγιο, χωρίς να συλλέγεται κανένα προσωπικό δεδομένο, όπως λ.χ. ηλ. διεύθυνση.

Επιπλέον, για την διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκαν εγκρίσεις από τη 2<sup>η</sup> ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου, και τα Επιστημονικά Συμβούλια των Νοσοκομείων.

#### 4.2. Σκοπός έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα:

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί αρχικά να αναδείξει την πραγματικότητα που βιώνουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, σήμερα. Περιγράφοντας τις οργανωτικές και εγγενείς δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους πρακτική, προκύπτουν εύλογα ερωτήματα προς διερεύνηση:

*Αρχικά, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ενσυναίσθησης; Τι ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης καταγράφουν;*

*Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας; Υπάρχει διαφορά στα επίπεδα ενσυναίσθησης μεταξύ παντρεμένων και ανύπαντρων επαγγελματιών ψυχικής υγείας;*

*Η ύπαρξη ατόμου με ψυχική διαταραχή στο κοντινό περιβάλλον, προδιαθέτει σε αυξημένα επίπεδα ενσυναίσθησης; Μήπως είναι παράγοντας που συντελεί στην επαγγελματική εξουθένωση;*

*Πώς τα εργασιακά χαρακτηριστικά επιδρούν στην ενσυναίσθηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας; Με ποιο τρόπο τα χρόνια προϋπηρεσίας διαμορφώνουν τα επίπεδα ενσυναίσθησης;*

*Η φύση του αντικειμένου εργασίας των επαγγελματιών Ψ.Υ. , δηλαδή η ψυχική υγεία, σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης συνολικά ή επηρεάζει συγκεκριμένες διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης;*

*Η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται με την ενσυναίσθηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και με ποιο τρόπο; Οι δημογραφικοί παράγοντες ασκούν επίδραση στα ποσοστά αποπροσωποποίησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας;*

*Ποια είναι η σχέση της ενσυναίσθησης με την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών Ψ.Υ.; Μήπως η ενσυναίσθηση αντισταθμίζει την επαγγελματική εξουθένωση;*

Με τη διερεύνηση των παραπάνω ερωτημάτων, και την ανάδειξη της υφιστάμενης κατάστασης, η παρούσα μελέτη δύναται να αξιοποιηθεί στο σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων για τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών καθώς και την ενίσχυση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

### 4.3. Δείγμα έρευνας

#### 4.3.1. Η ιδιαιτερότητα της 2ης ΥΠΕ:

Η 2<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου είναι η περιφέρεια με τα περισσότερα νησιά. Στην αρμοδιότητά της υπάγονται υγειονομικές μονάδες περίθαλψης της Αττικής, καθώς και μονάδες υγείας στα νησιά του Αιγαίου. Πέρα από τα Περιφερειακά Νοσοκομεία, οι νησιωτικές μονάδες υγείας στην πλειοψηφία τους είναι Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Πολυδύναμα Ιατρεία. Κατά την προσωπική άποψη της συγγραφέως, αποτελεί ιδανικό δείγμα για την έρευνα, καθώς η 2<sup>η</sup> ΔΥΠΕ αντικατοπτρίζει χαρακτηριστικά το ζήτημα της νησιωτικότητας.

Όπως έχει αποτυπωθεί, οι περισσότερες υγειονομικές μονάδες και η μεγαλύτερη συγκέντρωση επαγγελματιών υγείας και δη ψυχικής υγείας, παρατηρείται στην Αττική. Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας που υπηρετούν στα νησιά, καλούνται πολλές φορές να αναπληρώσουν τα κενά στις διαθέσιμες ειδικότητες και ακόμα κι αν δεν εμπίπτει στην ειδικότητά τους, καλούνται να διαχειριστούν ψυχιατρικά περιστατικά ή να επιληφθούν εν γένει της ψυχικής υγείας των πολιτών.

Με βάσει τους προαναφερόμενους λόγους, στο δείγμα της έρευνας έχουν συμπεριληφθεί και άλλες ειδικότητες πέραν των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως αγροτικοί γιατροί, παθολόγοι, μαίες, διοικητικοί ακόμα και γιατροί άλλων ειδικοτήτων όπως χειρουργοί, καρδιολόγοι και παιδίατροι.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας που υπηρετούν στα νησιά, επέδειξαν μεγαλύτερη προθυμία και ανταπόκριση στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, συγκριτικά με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας της Αττικής. Παράγοντες που ενδεχομένως συνέβαλαν ήταν ότι αφενός για τους επαγγελματίες υγείας των νησιών η αποστολή του ερωτηματολογίου δεν έγινε κατά την τουριστική περίοδο, επομένως υπήρχε η διαθεσιμότητα χρόνου. Επιπλέον, καθώς πολλές φορές νιώθουν αποκομμένοι από την υπόλοιπη κοινότητα των υγειονομικών, ίσως θεώρησαν σημαντική την καταγραφή της πραγματικότητας που βιώνουν για την ανάδειξη των ζητημάτων της νησιωτικότητας και της υποστελέχωσης. Αφετέρου, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας

της Αττικής, καθότι λίγοι, δεν έχουν χρόνο ή/και διάθεση να ασχοληθούν. Ο καθημερινός φόρτος εργασίας, οι συνεχώς αυξανόμενες εργασιακές απαιτήσεις, η υγειονομική κάλυψη ευρύτερων γεωγραφικών περιοχών από αυτές που υπάγονται στην αρμοδιότητά τους, ενδεχομένως να εξηγούν την όχι και τόσο μεγάλη προθυμία συμμετοχής. Τέλος, καθοριστικής σημασίας κρίνεται και η γραφειοκρατία, καθώς σε πολλές περιπτώσεις προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν η χρονοβόρα έγκριση των Επιστημονικών και των Διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων.

## 5. Ερευνητικά εργαλεία:

Η παρούσα έρευνα περιλάμβανε τέσσερα μέρη. Αρχικά το δελτίο ενημέρωσης και συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στην έρευνα και ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής δημογραφικών και εργασιακών στοιχείων. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες έπρεπε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και τέλος το ερωτηματολόγιο αποτύπωσης των επιπέδων ενσυναίσθησης.

### 5.1. Δελτίο ενημέρωσης συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα

Το δελτίο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στην έρευνα περιλάμβανε τον τίτλο και το σκοπό διεξαγωγής της μελέτης. Επιπλέον, παρείχε ενημερωτικές πληροφορίες αναφορικά με τη διάρκεια συμπλήρωσης, τη δυνατότητα αποχώρησης των συμμετεχόντων ανά πάσα στιγμή, καθώς και τη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Τέλος, παρείχε στοιχεία για το Εκπαιδευτικό ίδρυμα από το οποίο διεξάγεται, όπως επίσης στοιχεία του ερευνητή και του επιβλέποντος καθηγητή.

### 5.2. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων αποτελούταν από οχτώ ερωτήσεις.

Αρχικά, οι τέσσερις πρώτες αφορούσαν γενικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης. Στη συνέχεια, ακολουθούσαν τρεις ερωτήσεις διερεύνησης εργασιακών χαρακτηριστικών, ειδικότερα, η ειδικότητα, ο φορέας απασχόλησης των ερωτώμενων και τα έτη επαγγελματικής απασχόλησης στον Τομέα Ψυχικής Υγείας. Η τελευταία ερώτηση, αφορούσε την ύπαρξη ατόμου που πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια στο κοντινό περιβάλλον, με στόχο την ανίχνευση συσχέτισης με τα επίπεδα ενσυναίσθησης.

### 5.3. Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory-MBI) (Maslach & Jackson, 1981).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 22 ερωτήσεις οι οποίες κατανέμονται στις τρεις διαστάσεις, δηλαδή την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα. Ειδικότερα, στην συναισθηματική εξάντληση αναλογούν 9 ερωτήσεις (1,2,3,6,8,13,14,16,20), στην αποπροσωποποίηση 5 ερωτήσεις (5,10,11,15,22) και στα προσωπικά επιτεύγματα 8 ερωτήσεις (4,7,9,12,17,18,19,21).

Οι απαντήσεις βασίζονται σε μια επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, όπου το «ποτέ δε μου συμβαίνει» βαθμολογείται με 0, ενώ το «κάθε μέρα μου συμβαίνει» βαθμολογείται με 6. Κάθε κλίμακα υπολογίζεται αθροίζοντας τις επιμέρους απαντήσεις στις ερωτήσεις που της αντιστοιχούν. Το σύνολο των απαντήσεων κάθε υποκλίμακας, δίνει τη βαθμολογία για κάθε μία από τις τρεις διαστάσεις. Με αυτόν τον τρόπο προκύπτει:

1. Συναισθηματική εξάντληση, με εύρος τιμών από 0- 54,
2. Προσωπικά επιτεύγματα, με εύρος τιμών από 0- 48,
3. Αποπροσωποποίηση, με εύρος τιμών από 0- 48

Σύμφωνα με τους Maslach & Jackson (1981) υψηλές μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και τις αποπροσωποποίησης, καταδεικνύουν υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Στον αντίποδα, στη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων οι υψηλές μέσες βαθμολογίες καταδεικνύουν χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σταθμίστηκε στην Ελλάδα από τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1992) σε έρευνα στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Ακολουθεί ταξινόμηση των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τρεις κατηγορίες αποτελεσμάτων, προκειμένου να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα της έρευνας:



*Πίνακας 1: Ταξινόμηση αποτελεσμάτων στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης:*

Διαστάσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης	Χαμηλή	Μέση	Υψηλή
Συναισθηματική Εξάντληση	$\leq 20$	21-30	$\geq 31$
Αποπροσωποποίηση	$\leq 5$	6-10	$\geq 11$
Προσωπικά επιτεύγματα	$\geq 42$	41-36	$\leq 35$

#### 5.4. Ερωτηματολόγιο Ενσυναίσθησης

Για την μέτρηση της ενσυναίσθησης στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Jefferson Scale of Empathy Health Profession (JSE-HP) (Hojat, 2016).

Η συγκεκριμένη κλίμακα διαρθρώνεται σε 20 ερωτήσεις, ενώ οι απαντήσεις είναι δομημένες σε επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert. Δέκα από τις ερωτήσεις είναι θετικά διατυπωμένες (1,2,3,4,5,6,7,13,14,15) και η βαθμολογία διαμορφώνεται ως εξής: το «διαφωνώ απόλυτα» ισούται με το 1, ενώ το «συμφωνώ απόλυτα» ισούται με το 7. Αντίθετα, οι υπόλοιπες ερωτήσεις είναι διατυπωμένες αρνητικά (8, 9,10,11,12,16,17, 18, 19, 20) και η βαθμολογία είναι αντίστροφη, δηλαδή το 1 ισούται με το «συμφωνώ απόλυτα», ενώ το 7 αντιστοιχεί στο «διαφωνώ απόλυτα».

Η συγκεκριμένη κλίμακα τυγχάνει ευρείας αποδοχής, καθώς έχει μεταφραστεί σε 59 γλώσσες και έχει χρησιμοποιηθεί σε 88 χώρες έως και σήμερα (Asano-Gonnella Center for Research in Medical Education & Health Care, 2024).

Για την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων θα αξιοποιηθεί το μοντέλο 3-παραγόντων της ενσυναίσθησης, δηλαδή οι διαστάσεις Ανάληψης προοπτικής του άλλου (Perspective taking), Συμπονετική Φροντίδα (Compassionate care), και «Στη θέση του ασθενούς» «standing/ walking in patient's shoes» (Alcorta-Garza et al. 2016).

Προκειμένου να γίνουν κατανοητά τα αποτελέσματα της έρευνας, ακολουθεί ταξινόμηση των τριών διαστάσεων της ενσυναίσθησης με το εύρος που μπορεί να

κυμανθούν τα αποτελέσματα, καθώς και το εύρος τιμών της συνολικής κλίμακας ενσυναίσθησης.

*Πίνακας 2: Εύρος τιμών ανά διάσταση της ενσυναίσθησης και επί της συνολικής κλίμακας*

Διάσταση	Εύρος τιμών
Ανάληψη προοπτικής του άλλου (Perspective taking)	11- 77 μονάδες
Συμπονετική Φροντίδα (Compassionate care)	8- 56 μονάδες
Στη θέση του ασθενούς (Standing in the patient's shoes)	2- 14 μονάδες
Συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης	20- 140 μονάδες

Σημειώνεται πως όσο μεγαλύτερες είναι οι τιμές, τόσο πιο αυξημένα επίπεδα ενσυναίσθησης καταδεικνύουν.

#### 5.5. Ηθική δεοντολογία:

Τα σημαντικότερα δεοντολογικά θέματα αφορούσαν

- Στη λήψη άδειας διεξαγωγής της έρευνας από τη 2<sup>η</sup> ΔΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου: υπήρξε θετική απόφαση (Παράρτημα Β1)
- Στην έγκριση διεξαγωγής της έρευνας από τα Επιστημονικά και Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων της 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου (Παράρτημα Β2)
- Θέματα συναίνεσης: Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας και συμμετείχαν εθελοντικά. Η έγκρισή τους εξασφαλίστηκε μέσω του Δελτίου Ενήμερης Συγκατάθεσης (Παράρτημα Α). καθώς και μέσω της οικειοθελούς γνωστοποίησης των email τους.
- Λήψη απαραίτητων μέτρων για τη διασφάλιση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων και πληροφοριών για όλους τους συμμετέχοντες.

## 6. Στατιστική ανάλυση και αποτελέσματα έρευνας:

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (StandardDeviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis.. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (rho). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linearregressionanalysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες επαγγελματικής εξουθένωσης και ενσυναίσθησης, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standarderrors=SE). Όταν η κατανομή της εξαρτημένης δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση ο λογάριθμος αυτής. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

## 6.1. Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελούταν από 166 επαγγελματίες ψυχικής υγείας το 71,1% των οποίων ήταν γυναίκες. Το 34,9% ήταν 46-55 ετών, το 33,1% 36-45, το 17,5% 25-35 και το 14,5% άνω των 56. Η πλειοψηφία, σε ποσοστό 54,2%, ήταν έγγαμοι ή συμβίωναν, το 30,7% ήταν άγαμοι, το 12% διαζευγμένοι και το 3% χήροι/ες. Επιπλέον, το 53,8% είχαν αποφοιτήσει από ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 40% κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο, ενώ μικρότερο και ίσο με 6,3% ήταν το ποσοστό όσων είχαν διδακτορικό. Τέλος, το 47% έχει ή είχε στο παρελθόν στο περιβάλλον του κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια.

*Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος- Δημογραφικά Χαρακτηριστικά*

		N	%
<b>Φύλο</b>	Γυναίκα	118	71,1
	Άνδρας	48	28,9
<b>Ηλικία</b>	25-35	29	17,5
	36-45	55	33,1
	46-55	58	34,9
	56 και άνω	24	14,5
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος/η	51	30,7
	Έγγαμος/η - Συμβίωση	90	54,2
	Διαζευγμένος/η	20	12,0
	Χήρος/α	5	3,0
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>	Απόφοιτος/η ΑΕΙ/ΤΕΙ	86	53,8
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	64	40,0
	Κάτοχος Διδακτορικού	10	6,3
<b>Έχετε ή είχατε στο περιβάλλον σας κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια;</b>	Όχι	88	53,0
	Ναι	78	47,0

Το 32,9% των συμμετεχόντων ήταν ψυχολόγοι/ψυχίατροι, το 22,4% νοσηλευτές/μαίες, το 17,4% κοινωνικοί λειτουργοί, το 9,3% επισκέπτες υγείας, το 8,1% γιατροί, το 4,3% διοικητικοί υπάλληλοι και το 5% εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές. Το 28,5% εργαζόταν 20 έτη και άνω, το 25,5% 0-5 έτη, το 18,8% 5-10, το 15,2% 15-20 και το 12,1% 10-15 έτη.

**Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος- Εργασιακά Χαρακτηριστικά**

		N	%
<b>Ειδικότητα:</b>	Ψυχολόγος/Ψυχίατρος	53	32,9
	Νοσηλεύτης/τρια-Μαία-ευτής	36	22,4
	Κοινωνικός Λειτουργός	28	17,4
	Επισκέπτης/τρια Υγείας	15	9,3
	Διοικητικός υπάλληλος	7	4,3
	Ιατρός	13	8,1
	Εργοθεραπευτές/Λογοθεραπευτές/Φυσιοθεραπευτές	8	5,0
	Άλλο	1	0,6
<b>Έτη επαγγελματικής απασχόλησης στον τομέα Ψυχικής Υγείας:</b>	0-5 έτη	42	25,5
	5-10 έτη	31	18,8
	10-15 έτη	20	12,1
	15-20 έτη	25	15,2
	20 και άνω	47	28,5

### 6.1.2. Κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach)

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφονται οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η διάσταση «Συναισθηματική εξάντληση» μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 54 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης. Στο συγκεκριμένο δείγμα, η βαθμολογία κυμαίνεται από 2 έως 50 με τη μέση τιμή να είναι 20,8 μονάδες (SD=11,0 μονάδες).

Η διάσταση «Προσωπικά επιτεύγματα» μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 48 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερα προσωπικά επιτεύγματα. Στο συγκεκριμένο δείγμα, η βαθμολογία κυμαίνεται από 12 έως 48 με τη μέση τιμή να είναι 36,8 μονάδες (SD=7,4 μονάδες).

Η διάσταση «Αποπροσωποποίηση» μπορεί να κυμανθεί από 0 έως 30 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης. Στο συγκεκριμένο δείγμα, η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 24 με τη μέση τιμή να είναι 6,5 μονάδες (SD=6,1 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 για όλες τις διαστάσεις, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

**Πίνακας 5: Διαστάσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's $\alpha$
<b>Συναισθηματική εξάντληση</b>	2,0	50,0	20,8 (11,0)	18 (12 – 28)	0,89
<b>Προσωπικά επιτεύγματα</b>	12,0	48,0	36,8 (7,4)	39 (33 – 42)	0,87
<b>Αποπροσωποποίηση</b>	0,0	24,0	6,5 (6,1)	4,5 (2 – 10)	0,84

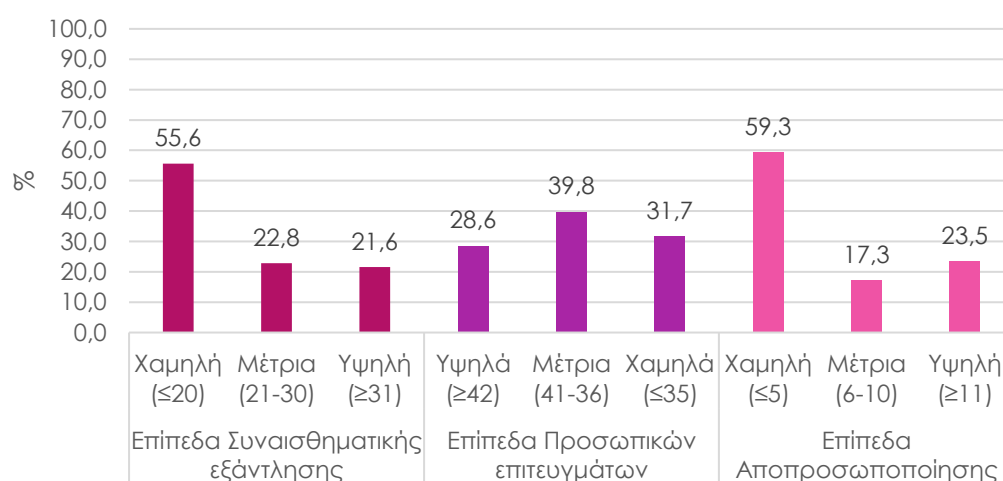
Έπεται ο πίνακας με τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων βάσει των κλιμάκων συναισθηματικής εξάντλησης, προσωπικών επιτευγμάτων και αποπροσωποποίησης. Βάσει της διάστασης «Συναισθηματική εξάντληση», το 21,6% των συμμετεχόντων ένιωθε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση καθότι είχε υψηλή συναισθηματική εξάντληση. Βάσει της διάστασης «Προσωπικά επιτεύγματα», το 31,7% των συμμετεχόντων ένιωθε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση καθότι όλοι είχαν χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων. Τέλος, βάσει της διάστασης

«Αποπροσωποποίηση», το 23,5% των συμμετεχόντων ένιωθε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση καθότι είχε υψηλή αποπροσωποποίηση.

**Πίνακας 6: Επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων βάσει των κλιμάκων συναισθηματικής εξάντλησης, προσωπικών επιτευγμάτων και αποπροσωποποίησης.**

		N	%
<b>Επίπεδα Συναισθηματικής εξάντλησης</b>	Χαμηλή ( $\leq 20$ )	90	55,6
	Μέτρια (21-30)	37	22,8
	Υψηλή ( $\geq 31$ )	35	21,6
<b>Επίπεδα Προσωπικών επιτευγμάτων</b>	Υψηλά ( $\geq 42$ )	46	28,6
	Μέτρια (41-36)	64	39,8
	Χαμηλά ( $\leq 35$ )	51	31,7
<b>Επίπεδα Αποπροσωποποίησης</b>	Χαμηλή ( $\leq 5$ )	96	59,3
	Μέτρια (6-10)	28	17,3
	Υψηλή ( $\geq 11$ )	38	23,5

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των συμμετεχόντων βάσει των διαστάσεών της.



### 6.1.3. Κλίμακα ενσυναίσθησης (Jefferson)

Ακολούθως περιγράφονται οι διαστάσεις και η συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης.

Η διάσταση «Ανάληψη προοπτικής του άλλου» (Perspective taking), που αναφέρεται στη γνωστική προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας να κατανοήσουν τους ασθενείς (Paulus, 2023), μπορεί να κυμανθεί από 11 έως 77 μονάδες, η διάσταση «Συμπονετική φροντίδα» (Compassionate care), που αναφέρεται στην ενσυναίσθητική αλληλεπίδραση με τους ασθενείς (Paulus, 2023), από 8 έως 56 μονάδες, η διάσταση «Στη θέση του ασθενούς» (Standing in patient's shoes) που περιγράφει τη σημασία της ενσυναίσθησης ως θεραπευτικού παράγοντα (Paulus, 2023), από 2 έως 14 μονάδες και η συνολική κλίμακα από 20 έως 140 μονάδες, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση.

Στο συγκεκριμένο δείγμα η «Ανάληψη προοπτικής του άλλου» (Perspective taking) κυμαινόταν από 29 έως 69 με τη μέση τιμή να είναι 53,8 μονάδες (SD=8,2 μονάδες).

Η διάσταση «Συμπονετική φροντίδα» (Compassionate care) κυμαινόταν από 19 έως 55 με τη μέση τιμή να είναι 42,5 μονάδες (SD=8,2 μονάδες) και η τρίτη «Στη θέση του ασθενούς» (Standing in patient's shoes) από 4 έως 14 με μέση τιμή 11,8 μονάδες (SD=2,0 μονάδες).

Η συνολική κλίμακα είχε εύρος από 52 έως 137 μονάδες με μέση τιμή 108,2 μονάδες (SD=17,4 μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 για όλες τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

*Πίνακας 7: Διαστάσεις και Συνολική κλίμακα Ενσυναίσθησης*

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's $\alpha$
<b>Ανάληψη προοπτικής του άλλου (Perspective taking)</b>	29,0	69,0	53,8 (8,2)	55 (49 – 60)	0,86
<b>Συμπονετική φροντίδα (Compassionate care)</b>	19,0	55,0	42,5 (8,2)	44 (37 – 49)	0,86
<b>Στη θέση του ασθενούς (Standing in the patient's shoes)</b>	4,0	14,0	11,8 (2)	12 (11 – 13)	0,83



<b>Συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης</b>	52,0	137,0	108,2 (17,4)	112 (98 – 121)	0,87
---------------------------------------	------	-------	--------------	----------------	------

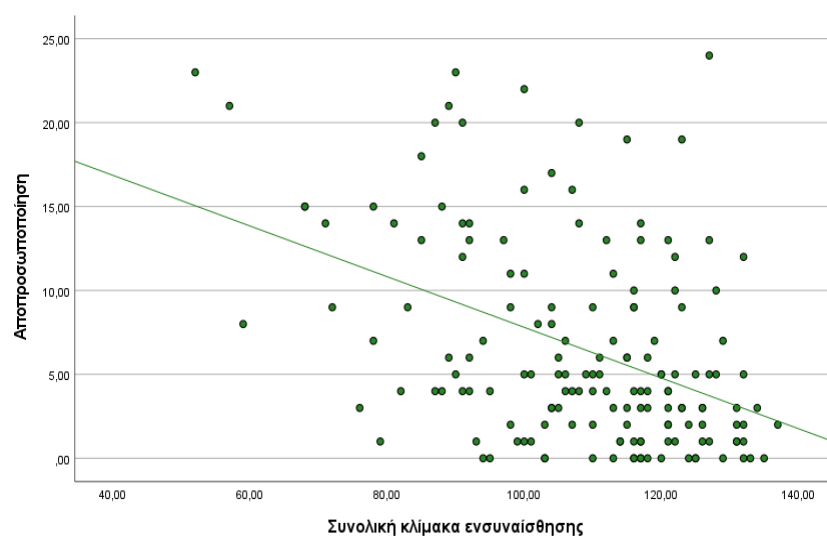
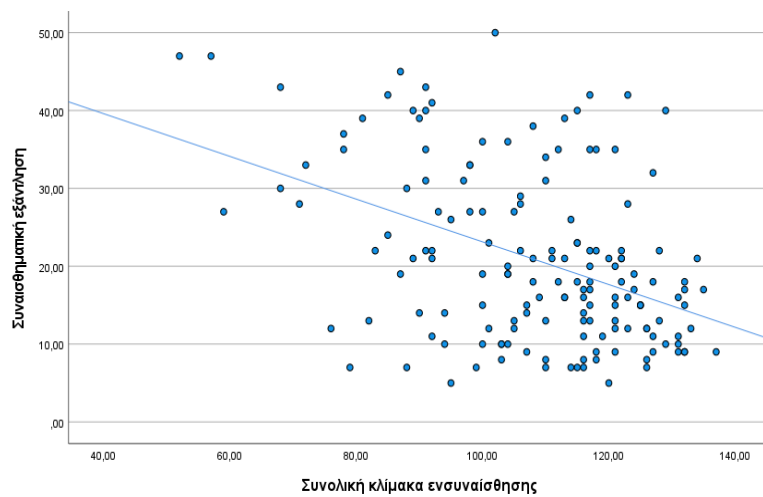
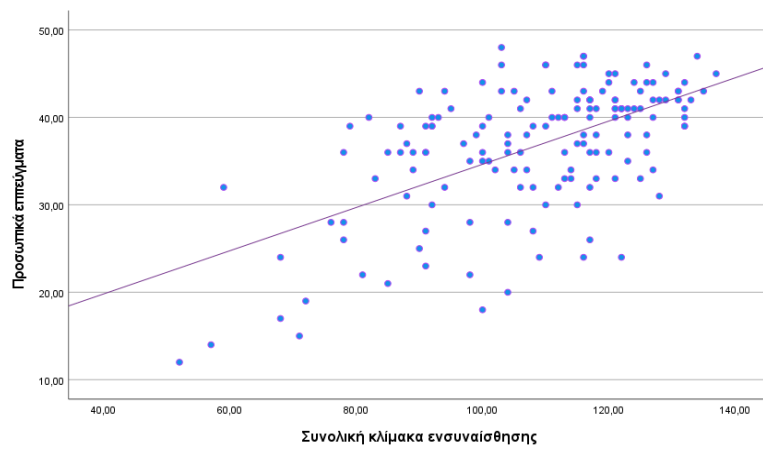
#### 6.1.4. Συσχέτιση κλιμάκων

Παρακάτω δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman για τις διαστάσεις εξουθένωσης με τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης. Οι συσχετίσεις προέκυψαν όλες στατιστικά σημαντικές. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη ενσυναίσθηση σε οποιαδήποτε διάσταση και συνολικά σχετιζόταν με λιγότερη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Αντίθετα, αύξηση της ενσυναίσθησης σχετιζόταν με αύξηση των προσωπικών επιτευγμάτων.

*Πίνακας 8: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman για τις διαστάσεις εξουθένωσης με τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης*

		Συναισθηματική εξάντληση	Προσωπικά επιτεύγματα	Αποπροσωποποίηση
<b>Ανάληψη προοπτικής του άλλου(Perspective taking)</b>	rh	-0,31	0,46	-0,36
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Συμπονετική φροντίδα (Compassionate care)</b>	rh	-0,37	0,53	-0,38
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Στη θέση του ασθενούς (Standing in the patient's shoes)</b>	rh	-0,39	0,37	-0,27
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης</b>	rh	-0,37	0,52	-0,40
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

Ακολουθούν τα γραφήματα συσχέτισης της ενσυναίθησης με τις διαστάσεις της εξουθένωσης.



### 6.1.5. Συσχέτιση εξουθένωσης με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

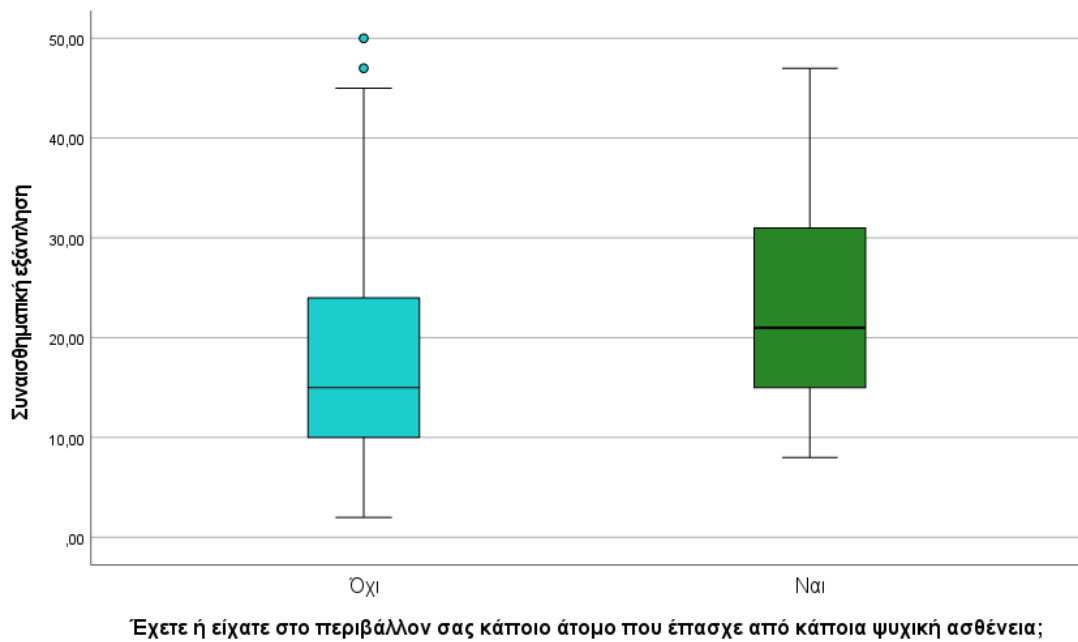
Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση συναισθηματικής εξάντλησης με βάση τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η βαθμολογία στη διάσταση αυτή βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με το φύλο και το αν οι συμμετέχοντες έχουν ή είχαν στο περιβάλλον τους άτομο που έπασχε από ψυχική ασθένεια. Συγκεκριμένα, οι άντρες είχαν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση από τις γυναίκες και όσοι είχαν στο περιβάλλον τους άτομο που έπασχε από ψυχική ασθένεια, σε σχέση με όσους δεν είχαν.

**Πίνακας 9: Συσχέτιση συναισθηματικής εξάντλησης με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά**

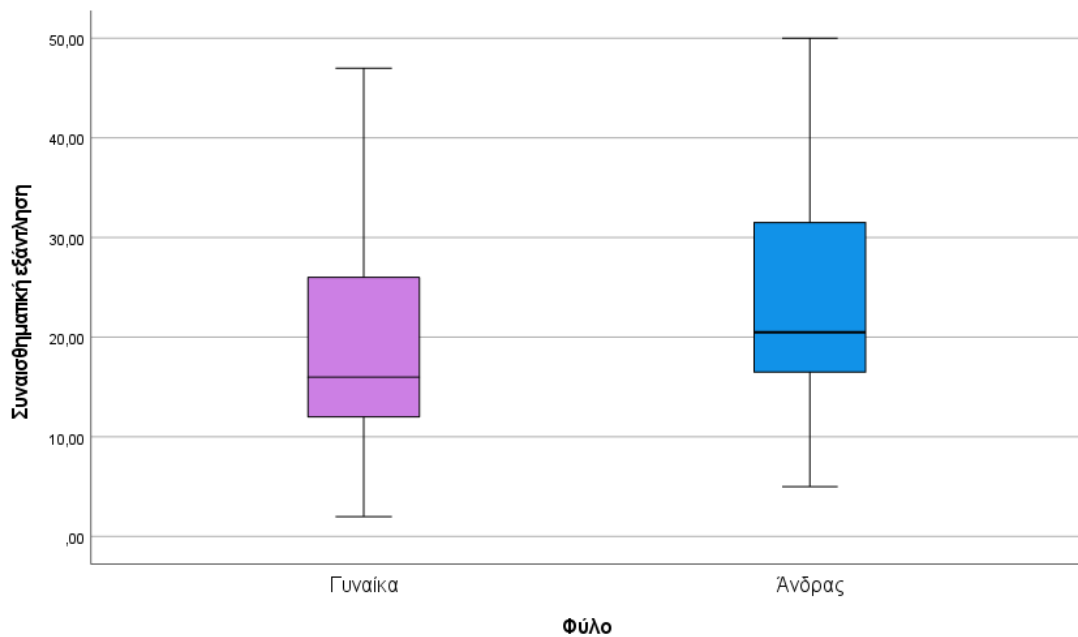
		Συναισθηματική εξάντληση		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
<b>Φύλο</b>	Γυναίκα	19,6 (10,6)	16 (12 – 26)	<b>0,034+</b>
	Άνδρας	23,6 (11,5)	20,5 (16,5 – 31,5)	
<b>Ηλικία:</b>	25-35	20,2 (8,3)	18 (15 – 22)	0,943+ +
	36-45	21 (10,5)	18 (13 – 30)	
	46-55	20,6 (12,1)	19 (10 – 27)	
	56 και άνω	21,5 (12,5)	18 (11,5 – 29,5)	
<b>Έγγαμος/η-Συμβίωση</b>	Όχι	21,9 (10,6)	20,5 (13 – 29,5)	0,107+
	Ναι	19,8 (11,3)	17 (11 – 26)	
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>	Απόφοιτος/η ΑΕΙ/ΤΕΙ	21,6 (10,8)	19 (13,5 – 30)	0,351+
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού	20,2 (11,2)	18 (11 – 26,5)	
<b>Ειδικότητα</b>	Ψυχολόγος/Ψυχίατρος	21,7 (10,5)	21 (13 – 30)	0,366+ +
	Νοσηλεύτης/τρια-Μαία-ευτής	20 (12,3)	15,5 (11,5 – 28)	
	Κοινωνικός Λειτουργός	23,1 (10,3)	21,5 (15 – 31)	
	Επισκέπτης/τρια Υγείας	19,8 (12,7)	16 (10 – 22)	
	Ιατρός	17,8 (12)	16 (8,5 – 23,5)	
	Άλλο	17,7 (8,8)	16 (11 – 21)	
<b>Έτη επαγγελματικής απασχόλησης στον τομέα Ψυχικής Υγείας:</b>	0-5 έτη	17,8 (9,2)	15,5 (11 – 22)	0,222+ +
	5-10 έτη	21,2 (11,4)	17 (15 – 27)	
	10-15 έτη	25,1 (11,9)	22 (16 – 35)	
	15-20 έτη	21,6 (10,6)	19 (13 – 31)	
	20 και άνω	21,2 (11,6)	21 (12 – 28)	
<b>Έχετε ή είχατε στο περιβάλλον σας κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια;</b>	Όχι	18,7 (11,4)	15 (10 – 24)	<b>0,002+</b>
	Ναι	23,1 (10,1)	21 (15 – 31)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Ακολουθεί το γράφημα συναισθηματικής εξάντλησης ανάλογα με την ύπαρξη ατόμου στο περιβάλλον των συμμετεχόντων με ψυχική ασθένεια.



Έπειτα δίνεται το γράφημα συναισθηματικής εξάντλησης ανά φύλο.



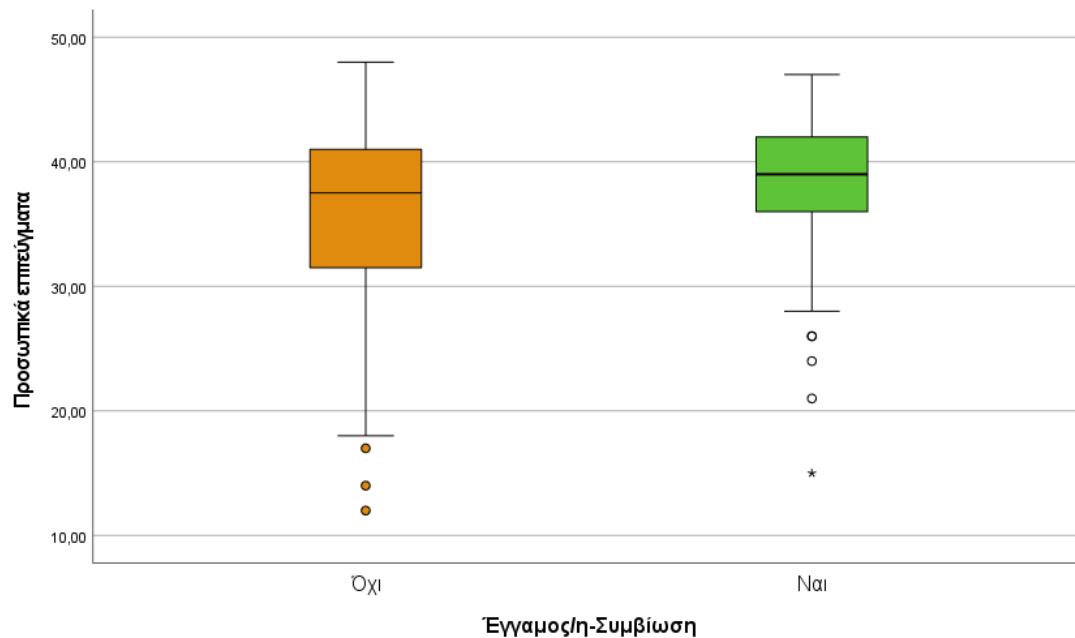
Στη συνέχεια περιγράφεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση προσωπικών επιτευγμάτων με βάση τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η βαθμολογία στη διάσταση αυτή βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και τα έτη απασχόλησης στον τομέα της ψυχικής υγείας. Οι έγγαμοι είχαν περισσότερα προσωπικά επιτεύγματα σε σχέση με τους άγαμους. Επίσης, μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni βρέθηκε ότι σημαντική ήταν η διαφορά ως προς τα προσωπικά επιτεύγματα ανάμεσα σε όσους εργάζονταν 10-15 έτη και σε όσους εργάζονταν πάνω από 20, με τους πρώτους να έχουν χαμηλότερη βαθμολογία ως προς τα προσωπικά επιτεύγματα, σε σχέση με τους δεύτερους.

**Πίνακας 10: Συσχέτιση προσωπικών επιτευγμάτων με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά**

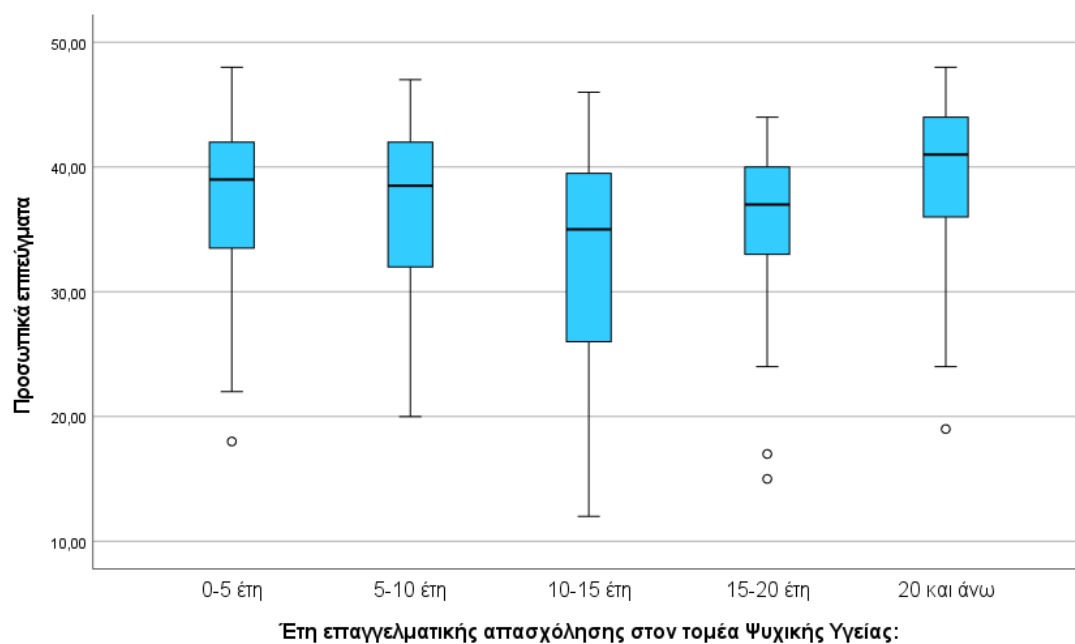
		Προσωπικά επιτεύγματα		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
<b>Φύλο</b>	Γυναίκα	37,3 (6,9)	39 (33 – 42)	0,453+
	Ανδρας	35,7 (8,6)	38,5 (32 – 41)	
<b>Ηλικία:</b>	25-35	36,2 (7,4)	38 (32 – 42,5)	0,177++
	36-45	36,2 (6)	38 (33 – 40)	
	46-55	37,3 (8,7)	40,5 (34 – 43,5)	
	56 και άνω	37,8 (7,3)	39,5 (35,5 – 42,5)	
<b>Έγγαμος/η-Συμβίωση</b>	Όχι	35,2 (8,3)	37,5 (31,5 – 41)	0,019+
	Ναι	38,3 (6,2)	39 (36 – 42)	
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>	Απόφοιτος/η ΑΕΙ/ΤΕΙ	36,1 (7,5)	38 (32 – 41)	0,081+
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού	37,7 (7,3)	40 (35 – 42,5)	
<b>Ειδικότητα</b>	Ψυχολόγος/Ψχίατρος	37,2 (6,4)	39 (33 – 42)	0,523++
	Νοσηλεύτης/τρια-Μαία-ευτής	36,7 (7,9)	38 (34 – 42)	
	Κοινωνικός Λειτουργός	35 (7,2)	36 (28,5 – 41)	
	Επισκέπτης/τρια Υγείας	36,9 (8,9)	40 (33 – 42)	
	Ιατρός	39,1 (8)	40 (36,5 – 44)	
	Άλλο	37,7 (8)	40 (36 – 43)	
<b>Έτη επαγγελματικής απασχόλησης στον τομέα Ψυχικής Υγείας:</b>	0-5 έτη	37,2 (7,2)	39 (33,5 – 42)	0,023++
	5-10 έτη	36,7 (6,8)	38,5 (32 – 42)	
	10-15 έτη	32,8 (9,2)	35 (26 – 39,5)	
	15-20 έτη	35,5 (7,6)	37 (33 – 40)	
	20 και άνω	39,1 (6,4)	41 (36 – 44)	
<b>Έχετε ή είχατε στο περιβάλλον σας κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια;</b>	Όχι	36,9 (7,6)	38,5 (34 – 42)	0,978+
	Ναι	36,7 (7,3)	40 (32 – 42)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Παρατίθεται το γράφημα της βαθμολογίας των προσωπικών επιτευγμάτων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.



Ομοίως, το γράφημα της βαθμολογίας των προσωπικών επιτευγμάτων ανάλογα με τα έτη εργασίας στον τομέα ψυχικής υγείας.



Ακολουθεί ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση αποπροσωποποίησης με βάση τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των

συμμετεχόντων. Η βαθμολογία στη διάσταση αυτή βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και το φύλο. Στους έγγαμους παρατηρήθηκε λιγότερη αποπροσωποποίηση σε σχέση με τους άγαμους και αντίστοιχα στις γυναίκες, σε σχέση με τους άντρες.

*Πίνακας 11: Συσχέτιση αποπροσωποποίησης με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά*

		Αποπροσωποποίηση		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
<b>Φύλο</b>	Γυναίκα	5,7 (5,6)	4 (1 – 8)	<b>0,027+</b>
	Άνδρας	8,3 (6,7)	7 (3 – 13)	
<b>Ηλικία</b>	25-35	6,3 (6)	4 (2 – 9)	
	36-45	6,2 (5,6)	4,5 (1 – 11)	
	46-55	6 (6,1)	4 (2 – 9)	
	56 και άνω	8,2 (7,2)	5,5 (2,5 – 13,5)	
<b>Έγγαμος/η-Συμβίωση</b>	Όχι	7,5 (6,3)	5 (3 – 12)	<b>0,029+</b>
	Ναι	5,6 (5,7)	4 (1 – 8)	
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>	Απόφοιτος/η ΑΕΙ/ΤΕΙ	6,6 (5,8)	5 (2 – 9)	0,547+
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού	6,4 (6,2)	4 (2 – 11)	
<b>Ειδικότητα</b>	Ψυχολόγος/Ψχίατρος	7,3 (6,3)	5 (2 – 12)	0,552++
	Νοσηλεύτης/τρια-Μαία-ευτής	5,5 (6,3)	3 (1 – 8,5)	
	Κοινωνικός Λειτουργός	6,5 (5,8)	5 (2,5 – 8)	
	Επισκέπτης/τρια Υγείας	6,3 (5,9)	4 (2 – 9)	
	Ιατρός	6,2 (7,2)	3,5 (2,5 – 7)	
	Άλλο	5,4 (4,8)	4,5 (2 – 8)	
<b>Έτη επαγγελματικής απασχόλησης στον τομέα Ψυχικής Υγείας:</b>	0-5 έτη	5,3 (5,5)	3,5 (1 – 8)	0,435++
	5-10 έτη	6,4 (6)	4 (1 – 12)	
	10-15 έτη	8,5 (7,5)	5,5 (3,5 – 14,5)	
	15-20 έτη	6,7 (5,6)	5 (2 – 10)	
	20 και άνω	6,5 (6,2)	5 (2 – 9)	
<b>Έχετε ή είχατε στο περιβάλλον σας κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια;</b>	Όχι	6,2 (6,1)	4 (1 – 9)	0,387+
	Ναι	6,8 (6,1)	5 (2 – 10)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις συναισθηματικής εξάντλησης, προσωπικών επιτευγμάτων και αποπροσωποποίησης και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων και την κλίμακα ενσυναϊψης. Οι διαστάσεις της κλίμακας αυτής εισήχθησαν εκ περιτροπής στο μοντέλο λόγω της υψηλής συσχέτισής τους. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους ακόλουθους πίνακες.

#### ❖ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση συναισθηματικής εξάντλησης

Η ύπαρξη ατόμου που πάσχει από ψυχική ασθένεια στο περιβάλλον των συμμετεχόντων και η κλίμακα ενσυναϊψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση συναισθηματικής εξάντλησης. Όσοι είχαν στο περιβάλλον τους άτομο με ψυχική ασθένεια ήταν περισσότερο συναισθηματικά εξαντλημένοι, σε σχέση με όσους δεν είχαν. Επίσης, μεγαλύτερη ενσυναϊψηση συνεπαγόταν λιγότερη συναισθηματική εξάντληση.

**Πίνακας 12:** Συσχέτιση ύπαρξης ατόμου που πάσχει από ψυχική ασθένεια στο κοντινό περιβάλλον και της κλίμακας ενσυναϊψησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση συναισθηματικής εξάντλησης

	$\beta^+$	SE $^{++}$	$b^{\div}$	P
<b>Φύλο</b> (Ανδρας vs Γυναίκα)	0,054	0,036	0,114	0,132
<b>Ηλικία</b>				
25-35 vs Άνω των 55	0,105	0,081	0,185	0,198
36-45 vs Άνω των 55	0,112	0,073	0,242	0,125
46-55 vs Άνω των 55	0,050	0,056	0,109	0,378
<b>Έγγαμος/η-Συμβίωση</b> (Ναι vs Όχι)	- 0,031	0,035	- 0,071	0,384
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b> (Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό vs ΑΕΙ/ΤΕΙ)	0,013	0,033	0,030	0,688
<b>Έχετε ή είχατε στο περιβάλλον σας κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια;</b> (Ναι vs Όχι)	0,103	0,033	0,237	<b>0,002</b>
<b>Έτη εργασίας στον τομέα ψυχικής υγείας</b>				
5-10 έτη vs 0-5 έτη	0,045	0,051	0,081	0,376
10-15 έτη vs 0-5 έτη	0,031	0,062	0,047	0,614
15-20 έτη vs 0-5 έτη	0,056	0,056	0,096	0,314
20 και άνω vs 0-5 έτη	0,111	0,060	0,231	0,067



Συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης	- 0,006	0,001	- 0,447	<0,00 1
--------------------------------	------------	-------	------------	------------

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

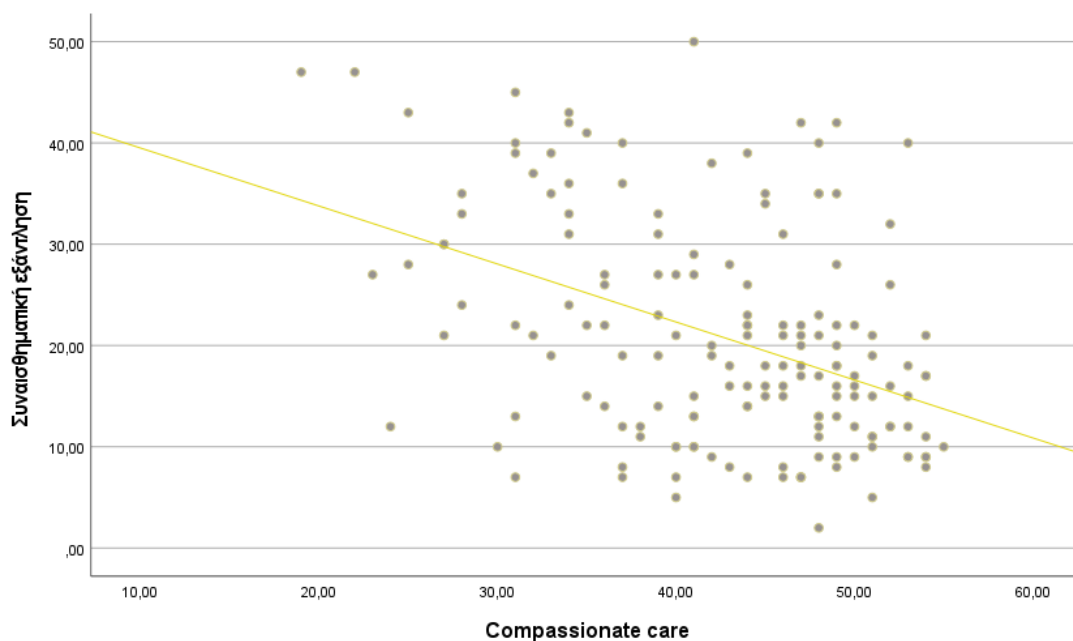
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Με την εκ περιτροπής εισαγωγή των διαστάσεων της κλίμακας ενσυναίσθησης βρέθηκε ότι και αυτές σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση συναισθηματικής εξάντλησης.. Αυξημένη βαθμολογία σε οποιαδήποτε από τις διαστάσεις ενσυναίσθησης σχετιζόταν με μειωμένη συναισθηματική εξάντληση.

*Πίνακας 13: Συσχέτιση διαστάσεων της κλίμακας ενσυναίσθησης με τη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης*

	$\beta+$	SE++	$b\div$	P
Ανάληψη προοπτικής του άλλου (Perspective taking)	-0,011	0,002	-0,394	<0,001
Συμπονετική φροντίδα (Compassionate care)	-0,012	0,002	-0,420	<0,001
Στη θέση του ασθενούς (Standing in the patient's shoes)	-0,052	0,009	-0,459	<0,001

Παρατίθεται το γράφημα συσχέτισης της διάστασης συναισθηματικής εξάντλησης με τη βαθμολογία στη διάσταση Συμπονετική φροντίδα (Compassionate care).



❖ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση προσωπικών επιτευγμάτων

Μόνο η κλίμακα ενσυναίσθησης βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση προσωπικών επιτευγμάτων. Μεγαλύτερη ενσυναίσθηση συνεπαγόταν περισσότερα προσωπικά επιτεύγματα.

*Πίνακας 14: Συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση προσωπικών επιτευγμάτων*

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>b÷</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b> (Ανδρας vs Γυναίκα)	- 0,009	0,016	-0,040	0,561
<b>Ηλικία</b>				
25-35 vs Άνω των 55	- 0,018	0,036	-0,065	0,623
36-45 vs Άνω των 55	- 0,013	0,032	-0,060	0,679
46-55 vs Άνω των 55	- 0,015	0,025	-0,068	0,554
<b>Έγγαμος/η-Συμβίωση</b> (Ναι vs Όχι)	0,021	0,015	0,100	0,175
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b> (Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό vs ΑΕΙ/ΤΕΙ)	0,001	0,014	0,006	0,931
<b>Έχετε ή είχατε στο περιβάλλον σας κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια;</b> (Ναι vs Όχι)	0,001	0,014	0,002	0,973
<b>Έτη εργασίας στον τομέα ψυχικής υγείας</b>				
5-10 έτη vs 0-5 έτη	- 0,015	0,022	-0,058	0,489
10-15 έτη vs 0-5 έτη	- 0,027	0,026	-0,085	0,318
15-20 έτη vs 0-5 έτη	- 0,013	0,024	-0,046	0,599
20 και άνω vs 0-5 έτη	0,009	0,027	0,041	0,722
<b>Συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης</b>	0,003	0,000	0,570	<b>&lt;0,001</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

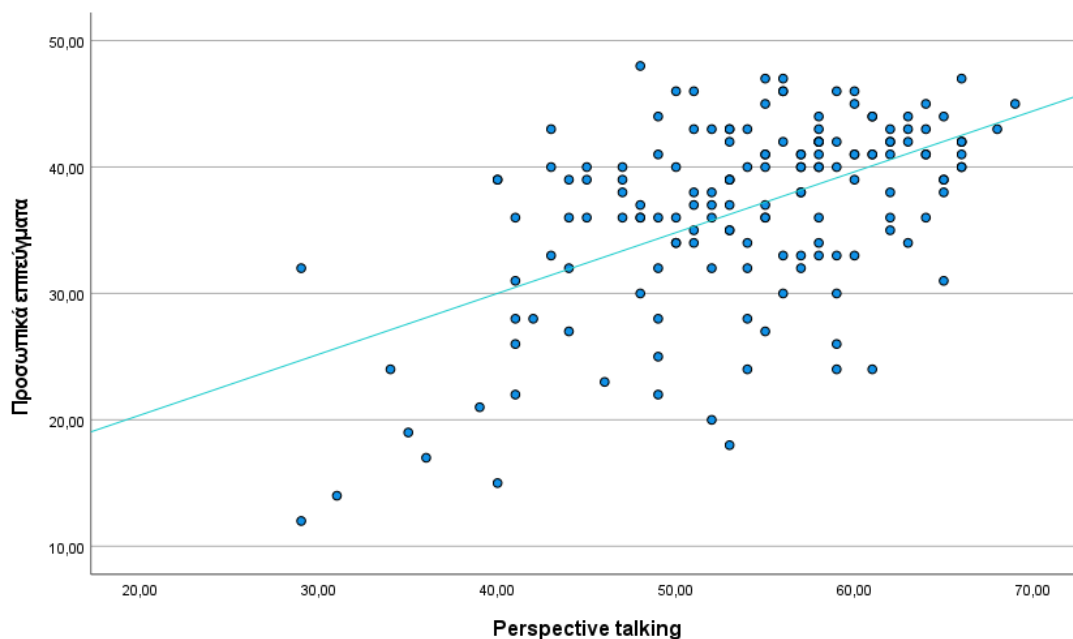
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Ακόμα και αν γίνει εκ περιτροπής εισαγωγή των διαστάσεων και όχι της συνολικής κλίμακας ενσυναϊψης και αυτές βρέθηκε ότι σχετίζονται ανεξάρτητα με τα προσωπικά επιτεύγματα. Συγκεκριμένα, αυξημένη βαθμολογία στη «Ανάληψη προοπτικής του άλλου» (Perspective taking) ή στην «Συμπονετική φροντίδα» (Compassionate care) ή στη διάσταση «Στη θέση του ασθενούς» (Standing in the patient's shoes) σχετίζεται με αυξημένα προσωπικά επιτεύγματα.

*Πίνακας 15: Διαστάσεις κλίμακας ενσυναϊσθησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση προσωπικών επιτευγμάτων*

	$\beta+$	SE++	$b\div$	P
<b>Ανάληψη προοπτικής του άλλου (Perspective taking)</b>	0,006	0,001	0,509	<b>&lt;0,001</b>
<b>Συμπονετική φροντίδα (Compassionate care)</b>	0,007	0,001	0,547	<b>&lt;0,001</b>
<b>Στη θέση του ασθενούς (Standing in the patient's shoes)</b>	0,028	0,004	0,543	<b>&lt;0,001</b>

Έπεται το γράφημα συσχέτισης της διάστασης προσωπικών επιτευγμάτων με την διάσταση «Ανάληψη προοπτικής του άλλου» (Perspective taking).



❖ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση αποπροσωποποίησης

Επίσης, μόνο η κλίμακα ενσυναίσθησης βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση αποπροσωποποίησης. Μεγαλύτερη ενσυναίσθηση συνεπαγόταν μικρότερη αποπροσωποποίηση.

*Πίνακας 16: Συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση της αποπροσωποποίησης*

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>b÷</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b> (Ανδρας vs Γυναίκα)	0,083	0,067	0,098	0,217
<b>Ηλικία</b>				
25-35 vs Άνω των 55	0,035	0,153	0,034	0,820
36-45 vs Άνω των 55	0,056	0,137	0,067	0,684
46-55 vs Άνω των 55	-0,048	0,106	-0,058	0,654
<b>Έγγαμος/η-Συμβίωση</b> (Ναι vs Όχι)	-0,057	0,066	-0,073	0,390
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b> (Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό vs ΑΕΙ/ΤΕΙ)	0,017	0,062	0,021	0,788
<b>Έχετε ή είχατε στο περιβάλλον σας κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια;</b> (Ναι vs Όχι)	0,035	0,061	0,045	0,570
<b>Έτη εργασίας στον τομέα ψυχικής υγείας</b>				
5-10 έτη vs 0-5 έτη	0,043	0,095	0,043	0,651
10-15 έτη vs 0-5 έτη	0,018	0,115	0,016	0,872
15-20 έτη vs 0-5 έτη	0,052	0,105	0,050	0,618
20 και άνω vs 0-5 έτη	0,090	0,113	0,103	0,430
<b>Συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης</b>	-0,010	0,002	-0,417	<b>&lt;0,001</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

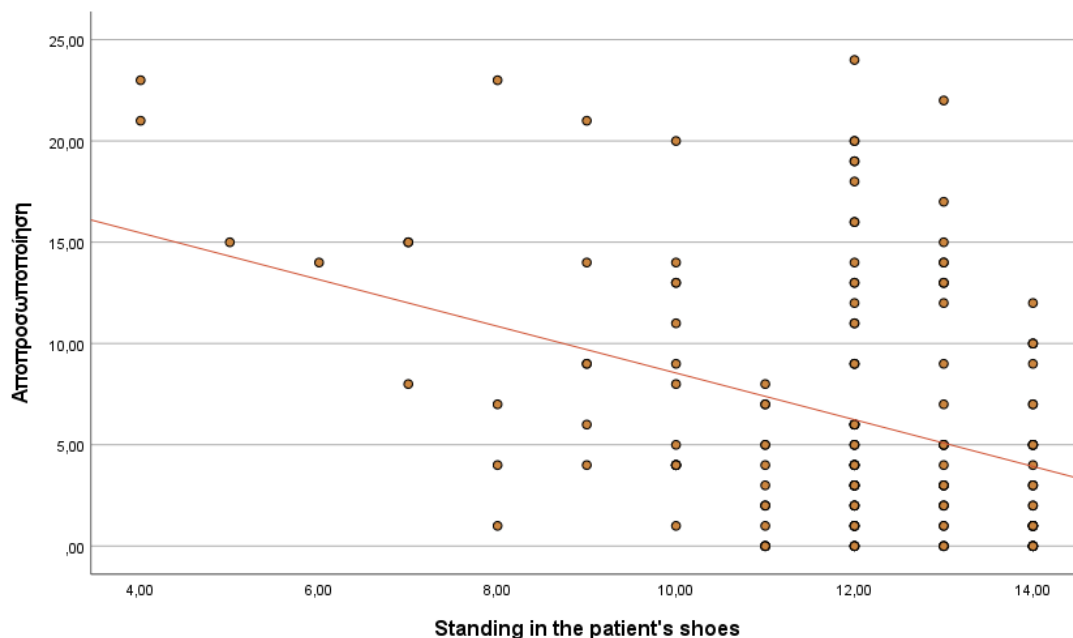
Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Ομοίως, αν γίνει εκ περιτροπής εισαγωγή των διαστάσεων και όχι της συνολικής κλίμακας ενσυναίσθησης, αυτές σχετίζονται ανεξάρτητα με την αποπροσωποποίηση. Συγκεκριμένα, αυξημένη βαθμολογία στη «Ανάληψη προοπτικής του άλλου» (Perspective taking) ή στην «Συμπονετική φροντίδα» (Compassionate care) ή στη διάσταση «Στη θέση του ασθενούς» (Standing in the patient's shoes) σχετίζεται με μειωμένη αποπροσωποποίηση.

**Πίνακας 17:** Διαστάσεις ενσυναίσθησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση της αποπροσωποποίησης

	$\beta+$	SE++	$b\div$	P
<b>Ανάληψη προοπτικής του άλλου (Perspective taking)</b>	-0,019	0,004	-0,394	<b>&lt;0,001</b>
<b>Συμπονετική φροντίδα (Compassionate care)</b>	-0,019	0,004	-0,377	<b>&lt;0,001</b>
<b>Στη θέση του ασθενούς (Standing in the patient's shoes)</b>	-0,066	0,018	-0,328	<b>&lt;0,001</b>

Ακολουθεί παρακάτω το γράφημα συσχέτισης της διάστασης αποπροσωποποίησης με την διάσταση «Στη θέση του ασθενούς» (Standing in the patient's shoes).



Αντίστοιχα, για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις ενσυναίσθησης έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους παρακάτω πίνακες.

❖ **Με εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική κλίμακα ενσυναίσθησης**

Κανένα από τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων δεν βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την κλίμακα ενσυναίσθησης.

*Πίνακας 18: Συσχέτιση δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολικά κλίμακα ενσυναίσθησης*

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>b÷</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b> (Ανδρας vs Γυναίκα)	- 0,013	0,014	-0,079	0,329
<b>Έγγαμος/η-Συμβίωση</b> (Ναι vs Όχι)	0,020	0,013	0,132	0,118
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b> (Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό vs ΑΕΙ/ΤΕΙ)	0,014	0,012	0,091	0,258
<b>Έχετε ή είχατε στο περιβάλλον σας κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια;</b> (Ναι vs Όχι)	0,016	0,012	0,104	0,195
<b>Έτη εργασίας στον τομέα ψυχικής υγείας</b>				
0-5 έτη vs 20 και άνω	0,015	0,018	0,082	0,403
5-10 έτη vs 20 και άνω	0,006	0,018	0,033	0,722
10-15 έτη vs 20 και άνω	- 0,041	0,021	-0,118	0,073
15-20 έτη vs 20 και άνω	- 0,011	0,019	-0,053	0,560

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

❖ **Με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση «Ανάληψη προοπτικής του άλλου» (Perspective taking)**

Η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να σχετίζεται οριακά με την διάσταση «Ανάληψη προοπτικής του άλλου» (Perspective taking), με τους έγγαμους να έχουν ψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή, άρα μεγαλύτερη ικανότητα να εμβαθύνουν και να αναλύουν το πρόβλημα του ασθενούς «απ' έξω».

***Πίνακας 19: Συσχέτιση δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ανάληψη προοπτικής του άλλου»***

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>b÷</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο (Ανδρας vs Γυναίκα)</b>	- 0,007	0,013	- 0,048	0,556
<b>Έγγαμος/η-Συμβίωση (Ναι vs Όχι)</b>	0,024	0,012	0,165	<b>0,050</b>
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης (Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό vs ΑΕΙ/ΤΕΙ)</b>	0,013	0,012	0,089	0,268
<b>Έχετε ή είχατε στο περιβάλλον σας κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια; (Ναι vs Όχι)</b>	0,017	0,011	0,118	0,140
<b>Έτη εργασίας στον τομέα ψυχικής υγείας</b>				
0-5 έτη vs 20 και άνω	0,020	0,016	0,122	0,211
5-10 έτη vs 20 και άνω	0,006	0,017	0,035	0,706
10-15 έτη vs 20 και άνω	- 0,041	0,028	- 0,136	0,060
15-20 έτη vs 20 και άνω	- 0,007	0,018	- 0,034	0,709

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

❖ **Με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση «Συμπονετική φροντίδα» (Compassionate care)**

Κανένα από τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων δεν βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση «Συμπονετική φροντίδα» (Compassionate care).

*Πίνακας 20: Συσχέτιση δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Συμπονετική Φροντίδα»*

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>b÷</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο (Ανδρας vs Γυναίκα)</b>	- 0,025	0,016	- 0,124	0,127
<b>Έγγαμος/η-Συμβίωση (Ναι vs Όχι)</b>	0,012	0,015	0,064	0,443
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης (Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό vs ΑΕΙ/ΤΕΙ)</b>	0,018	0,015	0,097	0,229
<b>Έχετε ή είχατε στο περιβάλλον σας κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια; (Ναι vs Όχι)</b>	0,021	0,015	0,115	0,153
<b>Έτη εργασίας στον τομέα ψυχικής υγείας</b>				
0-5 έτη vs 20 και άνω	0,004	0,021	0,017	0,864
5-10 έτη vs 20 και άνω	0,003	0,022	0,011	0,909
10-15 έτη vs 20 και άνω	- 0,045	0,025	- 0,164	0,063
15-20 έτη vs 20 και άνω	- 0,019	0,023	- 0,076	0,400

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης



❖ **Με εξαρτημένη μεταβλητή την διάσταση «Στη θέση του ασθενούς»  
(Standing in the patient's shoes)**

Τα έτη εργασίας στον τομέα ψυχικής υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την ικανότητα των συμμετεχόντων να μπαίνουν στην θέση των ασθενών. Συγκεκριμένα, όσοι εργάζονταν 10-15 έτη δυσκολεύονταν περισσότερο σε αυτόν τον τομέα, σε σχέση με όσους εργάζονταν πάνω από 20 έτη.

**Πίνακας 21: Συσχέτιση δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Στη θέση του ασθενούς»**

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>b÷</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο (Άνδρας vs Γυναίκα)</b>	- 0,024	0,015	- 0,121	0,118
<b>Έγγαμος/η-Συμβίωση (Ναι vs Όχι)</b>	0,019	0,014	0,104	0,193
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης (Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό vs ΑΕΙ/ΤΕΙ)</b>	0,012	0,014	0,065	0,395
<b>Έχετε ή είχατε στο περιβάλλον σας κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια; (Ναι vs Όχι)</b>	0,002	0,014	0,010	0,898
<b>Έτη εργασίας στον τομέα ψυχικής υγείας</b>				
0-5 έτη vs 20 και άνω	0,008	0,020	0,038	0,684
5-10 έτη vs 20 και άνω	0,013	0,020	0,055	0,529
10-15 έτη vs 20 και άνω	- 0,094	0,024	- 0,337	<b>&lt;0,001</b>
15-20 έτη vs 20 και άνω	- 0,008	0,021	- 0,032	0,710

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

### 7.1. Συζήτηση - Συμπεράσματα:

Η συσχέτιση της ενσυναίσθησης με την επαγγελματική εξουθένωση έχει διερευνηθεί σε μικρό βαθμό στην Ελλάδα και τις περισσότερες φορές, οι προσεγγίσεις αφορούν σε εργαζομένους νοσοκομείων. Η παρούσα έρευνα επιχείρησε να προσεγγίσει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε υγειονομικές μονάδες τόσο της Αττικής (Πειραιά) όσο και της Περιφέρειας Βορείου και Νοτίου Αιγαίου (2<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Ελλάδας).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και συγκεκριμένα σε υγειονομικές δομές της 2<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ενσυναίσθησης και αντίστοιχα χαμηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πιο συγκεκριμένα, η ενσυναίσθηση των ερωτώμενων σε συνολική κλίμακα παρουσιάζει υψηλά ποσοστά (μέση τιμή 108,2 μονάδες), ενώ η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα. Την αρνητική συσχέτιση ενσυναίσθησης και επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν διαπιστώσει αρκετές έρευνες, γεγονός που καταδεικνύει ότι τα αποτελέσματα της παρούσας είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ( Park et al. 2016, Yuguero et al. 2017).

Αναφορικά με τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι ερωτώμενοι σημείωσαν μέτρια συναισθηματική εξάντληση (μέση τιμή 20,8 μονάδες), σχετικά υψηλά προσωπικά επιτεύγματα (μέση τιμή 36,8 μονάδες) και χαμηλή αποπροσωποποίηση (μέση τιμή 6,5 μονάδες).

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι το 21,6% των συμμετεχόντων ένιωθε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση, λόγω της υψηλής συναισθηματικής εξάντλησης, το 31,7% σημείωσε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση εξαιτίας των χαμηλών προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ το 23,5% βίωνε επαγγελματική εξουθένωση καθώς κατέγραφε υψηλά ποσοστά αποπροσωποποίησης.

Στο συγκεκριμένο δείγμα, η συναισθηματική εξάντληση βρέθηκε να σχετίζεται με το φύλο, καθώς οι άντρες συμμετέχοντες εμφάνισαν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση, συγκριτικά με τις γυναίκες. Επιπλέον, η ύπαρξη ατόμου με ψυχική

διαταραχή στο κοντινό περιβάλλον, όπως προκύπτει, φαίνεται να συμβάλλει στην συναισθηματική εξάντληση των συμμετεχόντων.

Η διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση και τα έτη απασχόλησης. Ειδικότερα, οι έγγαμοι του δείγματος παρουσίασαν αυξημένα προσωπικά επιτεύγματα, συγκριτικά με τους άγαμους. Επιπλέον, υψηλά προσωπικά επιτεύγματα εμφάνισαν και όσοι είχαν περισσότερα από 20 χρόνια στον τομέα ψυχικής υγείας, συγκριτικά με όσους εργάζονταν από 10 έως 15 χρόνια.

Το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση σχετίζονται και με την διάσταση της αποπροσωποποίησης. Όπως προκύπτει στο δείγμα της παρούσας μελέτης, οι γυναίκες και οι έγγαμοι συμμετέχοντες εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία αποπροσωποποίησης, σε σχέση με τους άντρες και τους άγαμους συμμετέχοντες, αντίστοιχα. Όπως εξηγούν οι Ferri et al. (2015), οι άντρες είναι πιθανότερο να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης, ως μηχανισμό άμυνας για την διαφύλαξη του εαυτού.

Η στατιστική ανάλυση της ενσυναίσθησης, έγινε με βάση το μοντέλο των τριών παραγόντων, «Ανάληψη προοπτικής του άλλου» (Perspective taking), «Συμπονετική φροντίδα» (Compassionate care) και «Στη θέση του ασθενούς» (Standing in patient's shoes) (Hojat, et al. 2018). Αναφορικά με την πρώτη διάσταση «Ανάληψη προοπτικής του άλλου» (Perspective taking) το δείγμα κατέγραψε υψηλή βαθμολογία (μέση τιμή 53,8 μονάδες), ενώ ως προς τη διάσταση «Συμπονετική φροντίδα» (Compassionate care) σημείωσε μέτρια αποτελέσματα (μέση τιμή 42,5 μονάδες). Η τρίτη μεταβλητή «Στη θέση του ασθενούς» (Standing in patient's shoes) εμφάνισε επίσης υψηλή βαθμολογία στο δείγμα της έρευνας (μέση τιμή 11,8 μονάδες).

Η διάσταση «Ανάληψη προοπτικής του άλλου» (Perspective taking) της ενσυναίσθησης, φαίνεται να επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση των ερευνώμενων. Ειδικότερα, οι έγγαμοι του δείγματος, φαίνεται να καταγράφουν υψηλότερες βαθμολογίες, συγκριτικά με τους άγαμους, γεγονός που μπορεί να υποδηλώνει μεγαλύτερη ευκολία για τους πρώτους να αντιλαμβάνονται τα προβλήματα των ασθενών.

Επίσης, από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας στον ψυχικό τομέα και της ικανότητας των συμμετεχόντων να μπαίνουν στη θέση των ασθενών. Με άλλα λόγια, όσοι εργάζονταν στον ψυχικό τομέα από 20

χρόνια και πάνω κατέγραψαν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Στη θέση του ασθενούς» (Standing in the patient's shoes), συγκριτικά με όσους εργάζονταν από 10 έως 15 χρόνια. Η συγκεκριμένη διαπίστωση έρχεται σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες που έχουν διεξαχθεί και καταδεικνύουν πως τα περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας συνεπάγονται μεγαλύτερη πείρα και καλύτερη διαχείριση των εργασιακών απαιτήσεων και των προβλημάτων των ασθενών. Μία ακόμα πιθανή εξήγηση είναι ότι όσοι έχουν περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας, είναι μεγαλύτερης ηλικίας και κατ' επέκταση είναι πιο πιθανό να έχουν «τακτοποιήσει» τη ζωή τους σε προσωπικό, επαγγελματικό και οικογενειακό επίπεδο, συγκριτικά με όσους εργάζονται λιγότερα χρόνια (Bogiatzaki et al. 2019, Alexias et al. 2010, Διλιντάς, 2010). Ενδεικτικό είναι ότι όσοι εργάζονταν από 20 και πλέον χρόνια σημείωσαν την υψηλότερη βαθμολογία στα προσωπικά επιτεύγματα (39,1), ενώ οι εργαζόμενοι από 10 έως 15 χρόνια σημείωσαν τη χαμηλότερη μεταξύ των κατηγοριών του χρόνου επαγγελματικής απασχόλησης (32,8). Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί ότι οι συμμετέχοντες με προϋπηρεσία από 10 έως 15 έτη στον τομέα ψυχικής υγείας εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης (8,5), και συναισθηματικής εξάντλησης (25,1) συγκριτικά με όσους εργάζονταν από 20 και πλέον χρόνια (αποπροσωποποίηση: 6,5 και συναισθηματική εξάντληση: 21,2, αντίστοιχα).

Συσχετίζοντας τα αποτελέσματα μεταξύ των ερωτηματολογίων, παρατηρείται στο δείγμα πως η υψηλότερη ενσυναίσθηση σχετίζεται με χαμηλότερη συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Στον αντίποδα, τα υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης σχετίζονται με υψηλά προσωπικά επιτεύγματα, όπως προκύπτει και από άλλες έρευνες (Park et al. 2016, Ferri et al. 2015).

## 7.2. Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα μελέτη είναι μια συγχρονική έρευνα, επομένως δεν μπορεί να δώσει συγκριτικά διαχρονικά συμπεράσματα και συστήνεται η επανάληψη διεξαγωγής της. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν με προσοχή, εξαιτίας του περιορισμένου δείγματος (N=166). Σημειώνεται πως κάποιες από τις συμμετοχές ήταν ελλιπείς, αφήνοντας αναπάντητες αρκετές ερωτήσεις, με συνέπεια να μην συμπεριληφθούν στα αποτελέσματα της ανάλυσης. Ενδεχομένως, μεγαλύτερο δείγμα θα μπορούσε να δώσει πιο αξιόπιστα αποτελέσματα και πιο ασφαλή, υπό το πρίσμα της γενίκευσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον περιορισμός, προκύπτει και από την αντιπροσώπευση των δύο φύλων στο δείγμα, καθώς το 71.1% αποτελείται από γυναίκες.

Μία ακόμη περιοριστική παράμετρος ήταν η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σε ηλεκτρονική μορφή. Παρά την ευκολία στον τρόπο διεξαγωγής για τον ερευνητή, ενδεχομένως η ηλεκτρονική μορφή να λειτούργησε ανασταλτικά για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, που ίσως σε κάποιο βαθμό, δεν έχουν την ευχέρεια χρήσης ψηφιακών μέσων.

Ακόμη, το ότι η έρευνα ήταν ποσοτική περιόρισε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Ίσως μία μικτή έρευνα, δηλαδή ποσοτική και ποιοτική να αποτύπωνε καλύτερα τις στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Παρά τους προαναφερόμενους περιορισμούς, η παρούσα έρευνα αποτελεί πρόσφορο έδαφος για μελλοντική μελέτη, καθώς μέχρι σήμερα δεν έχει διεξαχθεί αντίστοιχη μελέτη στην 2<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια. Προσωπική άποψη αποτελεί, πως μια οργανωμένη μικτή έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα επαγγελματιών ψυχικής υγείας θα προσέθετε σημαντικά δεδομένα στο σχεδιασμό παρεμβάσεων για την ενίσχυση και ενδυνάμωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

### 7.3. Προτάσεις ενίσχυσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας

Καθώς τα αποτελέσματα της παρούσας ανέδειξαν υψηλή ενσυναίσθηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος και χαμηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, κρίνεται σκόπιμο οι παρεμβάσεις να στοχεύσουν στο σύστημα υγείας και ειδικότερα στο οργανωτικό πλαίσιο των υγειονομικών μονάδων. Αναμφίβολα, η εκπαίδευση των επαγγελματιών στην ενσυναίσθηση και στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης θα μπορούσε να λειτουργήσει επικουρικά, ωστόσο αμφισβητείται η διάρκεια επιρροής μιας τέτοιας παρέμβασης.

Προσωπική άποψη αποτελεί ότι θα πρέπει να δοθεί απόλυτη προτεραιότητα στις δομικές δυσχέρειες του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας.

Ξεκινώντας, οι ελλείψεις προσωπικού θα πρέπει να αντιμετωπισθούν με νέες προσλήψεις, ακόμα και μέσω Ευρωπαϊκών προγραμμάτων, ώστε να μην επιβαρυνθεί ο κρατικός προϋπολογισμός. Επιπλέον, η αντικειμενική και πραγματική αξιολόγηση του υφιστάμενου ανθρώπινου δυναμικού αναμένεται να συμβάλλει στην καταπολέμηση της κακώς νοούμενης «νοοτροπίας του δημοσίου» και στην ορθή αξιοποίηση του βοηθητικού προσωπικού. Συνδυαστικά με τον εξορθολογισμό των γραφειοκρατικών διαδικασιών, οι παρεμβάσεις αυτές θα αποφέρουν άμεσα πολλαπλά οφέλη στο ελληνικό σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, θα επιμεριστεί ο φόρτος εργασίας σε περισσότερους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, δίνοντάς τους τη δυνατότητα καλύτερης και ουσιαστικότερης διαχείρισης των ασθενών, με συνέπεια τη βελτιωμένη παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας και τα καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.

Δύο ακόμη ζητήματα που είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστούν είναι οι καλύτερες αμοιβές των υγειονομικών και η μείωση των εργασιακών ωρών. Μετά την οικονομική κρίση, οι Έλληνες υγειονομικοί είναι από τους πιο χαμηλά αμειβόμενους στην Ευρώπη (OECD 2023), ενώ εργάζονται περισσότερες ώρες. Προκειμένου να ενισχυθεί η εργασιακή ικανοποίηση, θα πρέπει να δοθούν οικονομικά και ηθικά κίνητρα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, πέρα από την προφανή μισθολογική αύξηση, θα πρέπει να δοθούν εκπαιδευτικά κίνητρα, σαφές καθηκοντολόγιο καθώς και συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων (ΚΕΠΥ, 2023). Με τον τρόπο αυτό

θα ενισχυθεί η επαγγελματική αφοσίωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, μιας και θα παρέχεται η δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επαγγελματικής εξέλιξης.

Ύψιστης σημασίας κρίνεται η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά σεμινάρια και για όσους κατέχουν μία θέση στην ιεραρχία. Υποχρεωτικά επιμορφωτικά σεμινάρια ως προς τις δεξιότητες των διοικητικών στελεχών και τη διαχείριση δύσκολων καταστάσεων, θα συνέβαλλαν στη συνεκτικότητα της ομάδας, στην κατανόηση και τον σεβασμό. Επιπλέον, προτείνονται επιμορφωτικά σεμινάρια για όλους τους εργαζόμενους με στόχο την εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων καθώς και της ενσυναίσθησης.

Εν γένει, η θεμελίωση μιας εργασιακής κουλτούρας με επίκεντρο τον άνθρωπο, που δε θα περιλαμβάνει μόνο τον ασθενή αλλά και τον εργαζόμενο, θα μπορούσε να κάμψει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην καθημερινή πρακτική, καθώς επίσης και να μειώσει το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Kaschka et al., 2011).

Συνοψίζοντας, η θωράκιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και όχι μόνο, θα πρέπει να αποτελέσει βασική προτεραιότητα στην Ελλάδα. Στοχευμένες παρεμβάσεις με στόχο τη διαφύλαξη της προσωπικής σωματικής και ψυχικής υγείας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας θα πρέπει να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν, πριν τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης αυξηθούν δραματικά, όπως αναμένεται. Άλλωστε «η καλύτερη θεραπεία, είναι η πρόληψη».

## Βιβλιογραφία:

### Ξενογλώσση Βιβλιογραφία:

Adams, A., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' communication with families in the intensive care unit - a literature review. *Nursing in critical care*, 22(2), 70–80. <https://doi.org/10.1111/nicc.12141>

Adnan NBB, Dafny HA, Baldwin C, et al. (2022) What are the solutions for well-being and burn-out for healthcare professionals? An umbrella realist review of learnings of individual-focused interventions for critical care *BMJ Open* 2022;12:e060973. doi: 10.1136/bmjopen-2022-060973

Agorastidou M., Konstanta Z., Nikoli A., Pagkozidis I., Tsitsani A., Vlachopoulos N., Smyrnakis E. (2020) The role of Primary Health Care System in SARS-CoV2 Pandemic: a qualitative research based on interviews that medical students of Aristotle University of Thessaloniki conducted with health professionals working in Health Centers and Local Health Units, Research Essay 2020.10. Thessaloniki: Laboratory of Primary Health Care, General Practice and Health Services Research, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki.

Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2006). Burnout in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 11–17. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0011-5>

Ahrweiler, F., Neumann, M., Goldblatt, H., Hahn, E. G., & Scheffer, C. (2014). Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. *BMC medical education*, 14, 122. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-122>



Alcorta-Garza, A., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R., Soler-González, J., Roig, H., & Vivanco, L. (2016). Cross-validation of the Spanish HP-version of the Jefferson scale of empathy confirmed with some cross-cultural differences. *Frontiers in psychology*, 7, 1002.).

Alexias, G., Anagnostopoulos, F., & Pilatis, I. (2010). Professional burnout and job satisfaction of the medical staff of the Athens public hospital. *Epitheorisi Koinonikon Erevnon*, (131), 109-136.

Allande-Cussó, R., Fernández-García, E., & Porcel-Gálvez, A. M. (2022). Defining and characterising the nurse-patient relationship: A concept analysis. *Nursing ethics*, 29(2), 462–484. <https://doi.org/10.1177/09697330211046651>

AMNA (2018), Greece ranks 2nd in Europe for internet addiction rates, according to study, assessed at <https://www.amna.gr/en/article/303094/Greece-ranks-2nd-in-Europe-for-internet-addiction-rates--according-to-study>

Anargyros, K. P., Christodoulou, N. G., & Lappas, A. S. (2021). Community mental health services in Greece: development, challenges and future directions. *Consortium Psychiatricum*, 2(4), 61-66.

Andriopoulou M., Manos A., Dalamaga D., Charos D. (2020). *The role of empathy in the interaction of patients with doctors and other health professionals*, *Archives of Hellenic Medicine* 2020, 37(5):625–630

Asano-Gonnella Center for Research in Medical Education & Health Care, 2024, assessed on 11/6/24, at <https://www.jefferson.edu/academics/colleges-schools-institutes/skmc/research/research-medical-education/jefferson-scale-of-empathy.html>

Aslanidis V, Tsolaki V, Papadonta ME, Amanatidis T, Parisi K, Makris D, Zakynthinos E. (2023), The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life in COVID-19 Department Healthcare Workers in Central

Greece. Journal of Personalized Medicine; 13(2):250.

<https://doi.org/10.3390/jpm13020250>

Bach, S. and Grant, A. (2009) Communication and Interpersonal Skills for Nurses. Great Britain: TJ International Ltd.

Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. Work & Stress, 22(3), 187–200. <https://doi.org/10.1080/02678370802393649>

Banerjee D. (2020) Age and ageism in COVID-19: Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. Asian J Psychiatr. 2020;51:102154.  
doi:10.1016/j.ajp.2020.102154

Batson, C. D. (2010). Empathy-induced altruistic motivation. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), Prosocial motives, emotions, and behavior: The better angels of our nature (pp. 15–34). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/12061-001>

Baum, N. (2016). Secondary Traumatization in Mental Health Professionals: A Systematic Review of Gender Findings. Trauma, Violence, & Abuse, 17(2), 221-235. <https://doi.org/10.1177/1524838015584357>

Bellali Th. (2018). Communication with the patient nowadays: is it a necessary clinical skill/practice? (editorial). Hellenic Journal of Nursing Science 1(1): 3-7

Bello P. (2017) Effective communication in nursing practice: A literature review. BSc Nursing Thesis. Arcada; 2017.

Available at <https://core.ac.uk/download/pdf/84798372.pdf>

Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. Health affairs (Project Hope), 27(3), 759–769.  
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>

Black. & Phillips, S. (1982). An intervention program for the development of empathy in student teachers. *The Journal of Psychology*, 112, 159-168.

Blatt, B., LeLacheur, S. F., Galinsky, A. D., Simmens, S. J., & Greenberg, L. (2010). Does perspective-taking increase patient satisfaction in medical encounters? *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(9), 1445–1452. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181eae5ec>

Blau, G., Tatum, D. S., & Ward Goldberg, C. (2013). Exploring correlates of burnout dimensions in a sample of psychiatric rehabilitation practitioners: A cross-sectional study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(3), 166–172. <https://doi.org/10.1037/prj0000007>

Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of family medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>

Bogiatzaki, V.; Frengidou, E.; Savakis, E.; Trigoni, M.; Galanis, P.; Anagnostopoulos, F. (2019), Empathy and burnout of healthcare professionals in public hospitals of greece. *Int. J. Caring Sci.* 2019, 12, 611–626.

Boscarino, J. A. (2015). Community disasters, psychological trauma, and crisis intervention. *International journal of emergency mental health*, 17(1), 369.

Boyle M, Williams B, Brown T, et al. (2010), Levels of empathy in undergraduate health science students. *Internet J Med Educ.* 2010;1(1):1–7.

Branas CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakis M, et al (2015) The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis *BMJ Open* 2015;5:e005619. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005619

Brand, S. L., Thompson Coon, J., Fleming, L. E., Carroll, L., Bethel, A., & Wyatt, K. (2017). Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. *PloS one*, 12(12), e0188418.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188418>

Brehm SS, Powell LK, Coke JS. (1984), The effects of empathic instructions upon donating behavior: sex differences in young children. *Sex Roles*. 1984;10(5–6):405–416. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00287557>.

Bressi, C., Porcellana, M., Gambini, O., Madia, L., Muffatti, R., Peirone, A., Zanini, S., Erlicher, A., Scarone, S., & Altamura, A. C. (2009). Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 60(7), 985–988. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.985>

Brown, N. W., & Hunter, A. (1987). Empathy scores of nurses, psychiatrists and hospital administrators on the California Psychological Inventory. *Psychological reports*, 60(1), 295–300. <https://doi.org/10.2466/pr0.1987.60.1.295>

Burns, J., Flynn, S., Lowe, R., Turnbull, P., Baird, A., & Stones, P. (2017). The National Confidential Inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. Annual Report.

CaNu, I. G., MEsOT, O., Györkös, C., MEDIOuNI, Z., Mehlum, I. S., & BuGGE, M. D. (2019). Burnout syndrome in Europe: towards a harmonized approach in occupational health practice and research. *Industrial health*, 57(6), 745-752.

Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., ... & Silverman, M. M. (2003). Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *Jama*, 289(23), 3161-3166.

Charon R. (2001). The patient-physician relationship. *Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*. *JAMA*, 286(15), 1897–1902.

<https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>

Chevallier C, Kohls G, Troiani V, Brodtkin ES, Schultz RT. (2012), The social motivation theory of autism. Trends Cogn Sci. 2012;16(4):231–239.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2012.02.007>.

Chichirez, C. M., & Purcărea, V. L. (2018). Interpersonal communication in healthcare. Journal of medicine and life, 11(2), 119–122.

Chilcoat, H. D., & Menard, C. (2003). Epidemiological investigations: Comorbidity of posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In P. Ouimette & P. J. Brown (Eds.), Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders (pp. 9–28). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/10460-001>

Christodoulou, N. G., & Kollias, K. (2019). Current challenges for psychiatry in Greece. BJPsych International, 16(3), 60-61.

Christov-Moore, L., Simpson, E. A., Coudé, G., Grigaityte, K., Iacoboni, M., & Ferrari, P. F. (2014). Empathy: gender effects in brain and behavior. Neuroscience and biobehavioral reviews, 46 Pt 4(Pt 4), 604–627.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.001>

Chung W, Chan S, Cassels TG. (2010), The role of culture in affective empathy: cultural and bicultural differences. J Cogn Cult. 2010;10(3–4):309–26.

Clibbens, N., Harrop, D., & Blackett, S. (2018). Early discharge in acute mental health: a rapid literature review. International Journal of Mental Health Nursing, 27(5), 1305-1325.

Cocker F, Joss N. (2016) Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2016 Jun 22;13(6):618. doi: 10.3390/ijerph13060618. PMID: 27338436; PMCID: PMC4924075.

Coelho, J., Taillard, J., Bernard, A., Lopez, R., Fond, G., Boyer, L., Lucas, G., Alla, F., Buysse, D. J., Wallace, M. L., Verdun-Esquer, C., Geoffroy, P. A., d'Incau, E., Philip, P., & Micoulaud-Franchi, J. A. (2023). Emotional Exhaustion, a Proxy for Burnout, Is Associated with Sleep Health in French Healthcare Workers without Anxiety or Depressive Symptoms: A Cross-Sectional Study. *Journal of clinical medicine*, 12(5), 1895. <https://doi.org/10.3390/jcm12051895>

Cohen C, Pignata S, Bezak E, et al. (2023), Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review, *BMJ Open* 2023;13:e071203. doi: 10.1136/bmjopen-2022-071203

Dal Santo L, Pohl S, Saiani L, Battistelli A. (2013), Empathy in the emotional interactions with patients: is it positive for nurses too? *J Nurs Educ Pract*. 2013;4(2):74–81

Davaki, K., & Mossialos, E. (2005). Plus ça change: health sector reforms in Greece. *Journal of health politics, policy and law*, 30(1-2), 143–167. <https://doi.org/10.1215/03616878-30-1-2-143>

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology* , 44 (1), σσ. 113-126.

de Bienassis, K., et al. (2022), "Establishing standards for assessing patient-reported outcomes and experiences of mental health care in OECD countries: Technical report of the PaRIS mental health working group pilot data collection", OECD Health Working Papers, No. 135, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e45438b5-en>.

De Hert, S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171–183.  
<https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>

De la Poza, E., Jódar Sánchez, L. A., & Doukolia, G. (2019). Modeling the Spread of Suicide in Greece. *Complex Systems*, 28(4), 475-489.

De Simone, S., Vargas, M., & Servillo, G. (2021). Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Aging clinical and experimental research*, 33(4), 883–894. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01368-3>

Decety, J. The neuroevolution of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1231, 35–45, doi:10.1111/j.1749-6632.2011.06027.x (2011).

Dijxhoorn A-FQ, Brom L, van der Linden YM, Leget C, Raijmakers NJ. (2021) Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative Medicine*. 2021;35(1):6-26. doi:10.1177/0269216320956825

Dimatteo, M. R. & Martin, L.R., *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*, εκδ. Πεδίο, 2011

Dimitropoulos C., Filippou N. “Professional burnout in health professionals” 9th Respiratory Department, “Sotiria” General Hospital of Athens, Athens, Greece *Archives of Hellenic Medicine* 2008, 25(5):642–647

Donisi, V., Tedeschi, F., Salazzari, D., & Amaddeo, F. (2016). Pre-and post-discharge factors influencing early readmission to acute psychiatric wards: implications for quality-of-care indicators in psychiatry. *General hospital psychiatry*, 39, 53-58.

Donisi, V., Tedeschi, F., Wahlbeck, K., Haaramo, P., & Amaddeo, F. (2016). Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC psychiatry*, 16, 1-17.

Drossman, D. A., Chang, L., Deutsch, J. K., Ford, A. C., Halpert, A., Kroenke, K., Nurko, S., Ruddy, J., Snyder, J., & Sperber, A. (2021). A Review of the Evidence and Recommendations on Communication Skills and the Patient-Provider Relationship: A Rome Foundation Working Team Report. *Gastroenterology*, 161(5), 1670–1688.e7. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.07.037>

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Satele, D., Sloan, J., & Freischlag, J. (2011). Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. *Archives of surgery (Chicago, Ill. : 1960)*, 146(2), 211–217. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.310>

Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(3), 443–451. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000134>

Dzau, V. J., Kirch, D. G., & Nasca, T. J. (2018). To care is human—collectively confronting the clinician-burnout crisis. *N Engl J Med*, 378(4), 312-314.

Economou C. (2010). Greece: Health system review. *Health systems in transition*, 12(7), 1–xvi.

Economou, Charalampos & Sissouras, Dafni. (2015). The impact of the crisis on health in Greece.

Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L. E., Souliotis, K., & Stefanis, C. (2016). Suicidal ideation and suicide attempts in Greece during the economic crisis:



an update. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 15(1), 83–84. <https://doi.org/10.1002/wps.20296>

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., & Stefanis, C. N. (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. Journal of affective disorders, 145(3), 308-314.

Eisenberg N, Guthrie IK, Murphy BC, Shepard SA, Cumberland A, Carlo G. (1999), Consistency and development of prosocial dispositions: a longitudinal study. Child Dev. 1999;70:1360–1372.

Ethiriaux B., Ebirault F., Ejaafari N. (2016), Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. Front. Psychol. 2016;7:763. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00763. - DOI - PMC - PubMed

EUROPEAN COMMISSION (2023), COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE COUNCIL, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS on a comprehensive approach to mental health, EUROPEAN COMMISSION, Brussels 7.6.2023 COM(2023) 298 final

European Observatory on Femicide (EOF), (2024) Femicides in Europe, <https://www.europeandatajournalism.eu/femicides-in-europe/>

Eurostat 2019, Distribution of persons aged 15 and over according to the frequency of alcohol consumption, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Distribution\\_of\\_persons\\_aged\\_15\\_and\\_over\\_according\\_to\\_the\\_frequency\\_of\\_alcohol\\_consumption,\\_2019.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Distribution_of_persons_aged_15_and_over_according_to_the_frequency_of_alcohol_consumption,_2019.png)

Eurostat. 2022 Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile, 2022, [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?lang=en&dataset=hlth\\_silc\\_08](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?lang=en&dataset=hlth_silc_08)

Ferreira S., Afonso P., Ramos M.R. Empathy and burnout (2020) A multicentre comparative study between residents and specialists. J. Eval. Clin. Pract. 2020;26:216–222.

doi: 10.1111/jep.13147.

Ferri, P., Guerra, E., Marcheselli, L., Cunico, L., & Di Lorenzo, R. (2015). Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. Acta Biomed for Health Professions, 86 (2): 104-115.

Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C., & Di Lorenzo, R. (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. Psychology research and behavior management, 9, 263–275. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S114870>

Fjortoft, Nancy & Van Winkle, Lon & Hojat, Mohammadreza. (2011). Measuring Empathy in Pharmacy Students. American journal of pharmaceutical education. 75. 109. 10.5688/ajpe756109.

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide. Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001>

Fu, T., Liu, H., Chen, C., Zhang, B., Chen, G., Bai, Y., ... & Hou, F. (2024). Preventing post-discharge suicides in psychiatric patients: insights from patients, lay healthcare supporters, and mental health professionals—a qualitative analysis. BMC public health, 24(1), 64.

Gago-Valiente, F. J., Moreno-Sánchez, E., Santiago-Sánchez, A., Gómez-Asencio, D., Merino-Godoy, M. D., Castillo-Viera, E., Costa, E. I., Segura-Camacho, A., Saenz-de-la-Torre, L. C., & Mendoza-Sierra, M. I. (2022). Work-Family Interaction, Self-Perceived Mental Health and Burnout in Specialized Physicians of

Huelva (Spain): A Study Conducted during the SARS-CoV-2 Pandemic.  
International journal of environmental research and public health, 19(6), 3717.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19063717>

Garcia, H. A., McGeary, C. A., McGeary, D. D., Finley, E. P., & Peterson, A. L. (2014). Burnout in Veterans Health Administration mental health providers in posttraumatic stress clinics. *Psychological services*, 11(1), 50.

Garcia, H.A., McGeary,C.A., Finley, E.P., Ketchum, N.S., McGeary, D.D., Peterson, A.L.(2015), Burnout among psychiatrists in the Veterans Health Administration, *Burnout Research*, Volume 2, Issue 4, 2015, Pages 108-114, ISSN 2213-0586, <https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.10.001>.

Gerace A, Rigney G. (2020), Considering the relationship between sleep and empathy and compassion in mental health nurses: It's time. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;29(5):1002–10. <https://doi.org/10.1111/inm.12734>.

Geyer N-M, Coetzee SK, Ellis SM, Uys LR. (2018), Relationship of nurses' intrapersonal characteristics with work performance and caring behaviors: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci*. 2018; 20: 370–379.  
<https://doi.org/10.1111/nhs.12416>

Giannopoulou, I., & Tsobanoglou, G. O. (2020). COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 226–230. doi:10.1017/ipm.2020.35

Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of advanced nursing*, 57(4), 392-403.

Gleichgerrcht E, Decety J (2012) The costs of empathy among health professionals. In: Decety J, editor. *Empathy: from Bench to Bedside*. Cambridge: MIT Press. 245–2611

Gleichgerrcht E, Decety J (2013) Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians. PLoS ONE 8(4): e61526.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526>

Greenberg DM, Baron-Cohen S, Rosenberg N, Fonagy P, Rentfrow PJ. (2018), Elevated empathy in adults following childhood trauma. PLoS ONE. 2018;13(10): e0203886. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203886>

Guidi, Clarissa, & Traversa, Chiara. (2021). Empathy in patient care: from 'clinical empathy' to 'empathic concern'. Medicine, Health Care and Philosophy, 24(4), 573-586.

Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. (2000), Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? J Gen Intern Med. 2000;15:122–128. doi:10.1046/j.1525-1497.2000.02219.x

Halpern J (2001) From detached concern to empathy. New York: Oxford University

Halpern J (2012) Clinical empathy in medical care. In: Decety J, editor. Empathy: from Bench to Bedside. Cambridge: MIT Press. 229–244.

Halpern, J. (2014) From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. Med Health Care and Philos 17, 301–311.

<https://doi.org/10.1007/s11019-013-9510-4>

Han, S., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Awad, K. M., Dyrbye, L. N., Fiscus, L. C., ... & Goh, J. (2019). Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. Annals of internal medicine, 170(11), 784-790.

Hardy, P., Costemale-Lacoste, J.F., Trichard, C., et al. (2020) Comparison of burnout, anxiety and depressive syndromes in hospital psychiatrists and other physicians: Results from the ESTEM study, *Psychiatry Research*, Volume 284, 2020, 112662, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112662>.

Hardy, P., Devouge, I., Pelissolo, A., & Corruble, E. (2019). Psychiatry: A discipline at specific risk of mental health issues?. *Journal of Affective Disorders*, 254, 120-121.

Hashim MJ. (2017) Patient-Centered Communication: Basic Skills. *Am Fam Physician*. 2017 Jan 1;95(1):29-34. PMID: 28075109.

Helou, S., El Helou, E., & El Helou, J. (2022). Physician Communication Skills in Telemedicine: The Role of Eye Contact. *Studies in health technology and informatics*, 290, 849–853. <https://doi.org/10.3233/SHTI220199>

Henry SG, Fuhrel-Forbis A, Rogers MA, Eggly S. (2012) Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2012 Mar;86(3):297-315. doi: 10.1016/j.pec.2011.07.006. Epub 2011 Aug 6. PMID: 21824738.

Heponiemi, T., Aalto, A. M., Puttonen, S., Vänskä, J., & Elovainio, M. (2014). Work-related stress, job resources, and well-being among psychiatrists and other medical specialists in Finland. *Psychiatric services*, 65(6), 796-801.

Herbek, T. A. & Yammarino, F. J. (1990) . Empathy training for hospital staffnurses. *Group and Organizational Studies*, 15 (3), 279-295.

Hojat, M. (2016). Empathy in health professions education and patient care.

Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S. C., Mortensen, L. H., Speicher, M. R., Bragan, L., LaNoue, M., & Calabrese, L. H. (2018). The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent

variable structure, and national norms in medical students. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 23(5), 899–920.

<https://doi.org/10.1007/s10459-018-9839-9>

Hojat M, Louis DZ, Maio V, Gonnella JS.(2013) Editorial: Empathy and Health Care Quality. *American Journal of Medical Quality*. 2013;28(1):6-7.

doi:10.1177/1062860612464731

Hojat M. (2009), Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *J Health Hum Serv Adm*. 2009 Spring;31(4):412-50. PMID: 19385420.

Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(9), 1182–1191.

Holmqvist, R., & Jeanneau, M. (2006). Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry research*, 145(2-3), 207-213.

Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, et al. (2006), The association between burnout and physical illness in the general population —results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosom Res*. 2006;61:59–66.

doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.002

Houkes I, & Winants Y. (2011) Development of Burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GP's. A three wave panel study. *BMC Public Health*. 2011;11:240. doi:10.1186/1471-2458-11-240

Howick J, Moscrop A, Mebius A, et al. (2018), Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis.

Journal of the Royal Society of Medicine. 2018;111(7):240-252.  
doi:10.1177/0141076818769477

Jaspers K. (1963). General psychopathology. (Hoenig J, Hamilton MW, trans.)  
Manchester: Manchester University Press, 1963.

Johnson J, Hall LH, Berzins K, Baker J, Melling K, Thompson C. (2018) Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. Int J Ment Health Nurs. 2018 Feb;27(1):20-32. doi: 10.1111/inm.12416. Epub 2017 Dec 15. PMID: 29243348.

Johnson, J., Hall, L.H., Berzins, K., Baker, J., Melling, K. and Thompson, C. (2018), Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. Int J Mental Health Nurs, 27: 20-32. <https://doi.org/10.1111/inm.12416>

Jones JW, Barge BN, Steffy BD, Fay LM, Kunz LK, Wuebker LJ. (1988) Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention. J Appl Psychol. 1988;73:727–735. doi:10.1037/0021-9010.73.4.727

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). Constructivism in the Human Sciences, 8(2), 73.

Kacpersek L. (1997). Non-verbal communication: the importance of listening. British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 6(5), 275–279.  
<https://doi.org/10.12968/bjon.1997.6.5.275>

Karakasi, M. V., Nastoulis, E., Zisopoulos, K., Markopoulou, M., Alexandri, M., Bakirtzis, C., Douzenis, A., Zaggelidou, E., & Pavlidis, P. (2021). Investigating the phenomenon of overkill in Greece: A forensic psychiatric autopsy study between 2005 and 2020. Journal of forensic and legal medicine, 81, 102184.

<https://doi.org/10.1016/j.jflm.2021.102184>

Karakasi, M. V., Voultos, P., Fotou, E., Nikolaidis, I., Kyriakou, M. S., Markopoulou, M., Douzenis, A., & Pavlidis, P. (2023). Emerging trends in domestic homicide/femicide in Greece over the period 2010-2021. *Medicine, science, and the law*, 63(2), 120–131. <https://doi.org/10.1177/00258024221103700>

Kaschka, W. P., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: a fashionable diagnosis. *Deutsches Arzteblatt international*, 108(46), 781–787. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0781>

Kelm, Z.; Womer, J.; Walter, J.K.; Feudtner, C. (2014), Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. *BMC Med. Educ.* 2014, 14, 219.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. and Stuckler, D., (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378(9801), pp.1457-1458.

Kim J. (2018). Factors influencing nursing students' empathy. *Korean journal of medical education*, 30(3), 229–236. <https://doi.org/10.3946/kjme.2018.97>.

Klein, A., Taieb, O., Xavier, S., Baubet, T., & Reyre, A. (2020). The benefits of mindfulness-based interventions on burnout among health professionals: A systematic review. *Explore*, 16(1), 35-43.

Kocalevent, R., Pinnschmidt, H., Selch, S., Nehls, S., Meyer, J., Boczor, S., Scherer, M., & van den Bussche, H. (2020). Burnout is associated with work-family conflict and gratification crisis among German resident physicians. *BMC medical education*, 20(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02061-0>

Koumoula, A., Marchionatti, L. E., Caye, A., Karagiorga, V. E., Balikou, P., Lontou, K., ... & Salum, G. A. (2023). The science of child and adolescent mental health in



Greece: a nationwide systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-17.

Kounenou K, Kalamatianos A, Nikoltsiou P, Kourmoussi N. (2023) The Interplay among Empathy, Vicarious Trauma, and Burnout in Greek Mental Health Practitioners. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(4):3503. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043503>

Kourti, A., Stavridou, A., Panagouli, E., Psaltopoulou, T., Spiliopoulou, C., Tsolia, M., Sergentanis, T. N., & Tsitsika, A. (2023). Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, 24(2), 719–745. <https://doi.org/10.1177/15248380211038690>

Kousi T, Mitsi L-C, Simos J. (2021) The Early Stage of COVID-19 Outbreak in Greece: A Review of the National Response and the Socioeconomic Impact. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. ; 18(1):322. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010322>

Kremer, J. F. & Dietzen, L. L. (1991). Two approaches to teaching accurate empathy to undergraduates: Teacher-intensive and self-directed. *Journal of College Student Development*, 32, 69-75

Kumar S. (2007) Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*. 2007 Oct;6(3):186-9. PMID: 18188444; PMCID: PMC2175073.

Kumar, S., Hatcher, S., & Huggard, P. (2005). Burnout in psychiatrists: an etiological model. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35(4), 405-416.

Kumar, S., Hatcher, S., Dutu, G., Fischer, J., & Ma'u, E. (2011). Stresses experienced by psychiatrists and their role in burnout: a national follow-up study. *The International journal of social psychiatry*, 57(2), 166–179. <https://doi.org/10.1177/0020764009341211>

Kwon, E. J., & Han, K. S. (2019). Factors associated with Interpersonal Relationship Ability of Undergraduates: A Mediation Analysis of Smartphone Addiction Tendency. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 259–270.

La Monica, E. L., Wolf, R. M., Madea, A. R., & Oberst, M. T. (1987). Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly inquiry for nursing practice*, 1(3), 197–213

Lacy, B. E., & Chan, J. L. (2018). Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 16(3), 311–317.  
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.043>

Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F. et al. (2014), To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Fam Pract* 15, 15 (2014).  
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-15>

Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*, 293(9), 1100–1106.  
<https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>

Lazcano-Ponce, E., Angeles-Llerenas, A., Rodríguez-Valentín, R. et al. (2020) Communication patterns in the doctor–patient relationship: evaluating determinants associated with low paternalism in Mexico. *BMC Med Ethics* 21, 125 .  
<https://doi.org/10.1186/s12910-020-00566-3>

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2018). Interventions to prevent and alleviate burnout. In *Current issues in work and organizational psychology* (pp. 32-50). Routledge.

Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. (2012) A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care.

Psychooncology. 2012 Dec;21(12):1255-64. doi: 10.1002/pon.2115. Epub 2012 Jan 11. PMID: 22238060.

Lemaire, J. B., & Wallace, J. E. (2017). Burnout among doctors. *Bmj*, 358.

Leung, T., Schmidt, F., & Mushquash, C. (2023). A personal history of trauma and experience of secondary traumatic stress, vicarious trauma, and burnout in mental health workers: A systematic literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(Suppl 2), S213–S221.  
<https://doi.org/10.1037/tra0001277>

Lim SJ, Park EY. (2013) Changes in communication and relationship pattern for undergraduate nursing students after ‘Satir communication education’. *J Korean Acad Soc Nurs Educ*. 2013;19(2):151–162

Liyanage, S., Addison, S., Ham, E., & Hilton, N. Z. (2022). Workplace interventions to prevent or reduce post-traumatic stress disorder and symptoms among hospital nurses: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(11-12), 1477-1487.

Lorié Á, Reiner DA, Phillips M, Zhang L, Riess H. (2017), Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2017;100(3):411–24. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.018>.

Magen E, Konasewich PA. (2011), Women support providers are more susceptible than men to emotional contagion following brief supportive interactions. *Psychol Women Q*. 2011;35(4):611-616. <http://dx.doi.org/10.1177/0361684311423912>.

Magklara, K., Lazaratou, H., Barbouni, A., Poulas, K. and Farsalinos, K., (2023). The impact of COVID-19 lockdown on children's and adolescents' mental health in Greece. *Children & society*, 37(2), pp.469-484.

Magnavita, N., Heponiemi, T. (2012) Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. BMC Health Serv Res 12, 108. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-108>

Malikiosi-Loizos, Maria. (2008). The multicultural dimension of empathy (in Greek). PSYCHOLOGIA. 15. 1-15.

Malikiosi-Loizou, M. (2003) A critical view to empathy. Psychology , 10, 298–309.  
Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. Medicina (Kaunas, Lithuania), 58(2), 327. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>

Maslach C., Goldberg J. (1998), Prevention of burnout: New perspectives, Applied and Preventive Psychology, 7 (1), pp. 63 – 74, DOI: 10.1016/S0962-1849(98)80022-X

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. Journal of Applied Psychology, 93(3), 498–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World psychiatry, 15(2), 103-111.

Maslach, C., Leiter, P. M. (1997) “The truth about burnout.”, Jossey-Bass Publishers, San Francisco

Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001) Job burnout, Annual Review of Psychology, 52 (1) (2001), pp. 397-423

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984) “Burnout in organizational settings.”, Applied Social Psychology, Annual 1984; 5: 133-153

Maximiano-Barreto, M. A., Bomfim, A. J. L., Borges, M. M., de Moura, A. B., Luchesi, B. M., & Chagas, M. H. N. (2022). Recognition of Facial Expressions of Emotion and Depressive Symptoms among Caregivers with Different Levels of Empathy. *Clinical gerontologist*, 45(5), 1245–1252.

<https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1937426>

McCarthy W.C., Frieze I.H. (1999) Negative aspects of therapy: Client perceptions of therapists' social influence, burnout, and quality of care. *J. Soc. Issues*. 1999;1:33–50. doi: 10.1111/0022-4537.00103.

McGilton, K., Irwin-Robinson, H., Boscart, V., & Spanjevic, L. (2006).

Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. *Journal of advanced nursing*, 54(1), 35–44.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03787.x>

Misra-Hebert, A. D., Kay, R., & Stoller, J. K. (2004). A review of physician turnover: rates, causes, and consequences. *American Journal of Medical Quality*, 19(2), 56-66.

Montgomery A, Panagopoulou E, Esmail A, Richards T, Maslach C. (2019)

Burnout in healthcare: the case for organisational change *BMJ* 2019; 366 :l4774

doi:10.1136/bmj.l4774

Morina, N., Weilenmann, S., Dawson, K. S., Möckli, U., Ernst, J., Zanitti, Z., von Känel, R., Schick, M., Spiller, T. R., & Bryant, R. A. (2023). Efficacy of a brief psychological intervention to reduce distress in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(Suppl 2), S371–S383.

<https://doi.org/10.1037/tra0001524>

Morley, G. (2020). Recognizing and Managing Moral Distress During the COVID-19 Pandemic: A Guide for Nurses [PowerPoint presentation] Διαθέσιμο στο:

[https://www.baccn.org/media/resources/COVID-19\\_Moral\\_Distress\\_Slides\\_Morley\\_2020.pdf](https://www.baccn.org/media/resources/COVID-19_Moral_Distress_Slides_Morley_2020.pdf)

Morley, G., Sese, D., Rajendram, P., et al. (2020). Addressing caregiver moral distress during the COVID-19 pandemic. *Cleve Clin J Med.*, online ahead of print. Διαθέσιμο στο: <https://www.ccjm.org/content/early/2020/06/04/ccjm.87a.ccc047>

Moscrop A. (2001). Empathy: a lost meaning? *The Western journal of medicine*, 175(1), 59–60. <https://doi.org/10.1136/ewjm.175.1.59-a>

Neria, Y., Galea, S., & Norris, F.H. (Eds.). (2009). *Mental Health and Disasters*. New York, NY: Cambridge University Press

Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. (2009) Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns.* 2009;74(3):339–46. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.013>.

Newell S, Jordan Z. (2015) The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBIC Database System Rev Implement Rep.* 2015 Jan;13(1):76-87. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1072. PMID: 26447009.

Noseworthy, A. M., Sevigny, E., Laizner, A. M., Houle, C., & La Riccia, P. (2014). Mental health care professionals' experiences with the discharge planning process and transitioning patients attending outpatient clinics into community care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 263-271.

OECD (2021), "Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9a5ae6da-en>.

OECD (2021), A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.

OECD (2023), PISA 2022 Results (Volume I): The State of Learning and Equity in Education, PISA, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/53f23881-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Greece: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K., & Esmail, A. (2017). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA internal medicine, 177(2), 195–205.  
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674I>

Park, C., Lee, Y. J., Hong, M., Jung, C. H., Synn, Y., Kwack, Y. S., ... & Bahn, G. H. (2016). A multicenter study investigating empathy and burnout characteristics in medical residents with various specialties. Journal of Korean medical science, 31(4), 590.

Parlapani, E., Holeva, V., Nikopoulou, V. A., Sereslis, K., Athanasiadou, M., Godosidis, A., ... & Diakogiannis, I. (2020). Intolerance of uncertainty and loneliness in older adults during the COVID-19 pandemic. Frontiers in psychiatry, 11, 573369.

Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., Trzeciak, S., & Roberts, B. W. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. PloS one, 14(8), e0221412.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412>

Patrick J. Bridgeman, Mary Barna Bridgeman, Joseph Barone,(2018) Burnout syndrome among healthcare professionals, American Journal of Health-System Pharmacy, Volume 75, Issue 3, 1 February 2018, Pages 147–152, <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>

Patsali ME, Mousa DV, Papadopoulou EVK, et al. (2020) University students' changes in mental health status and determinants of behavior during the COVID-19 lockdown in Greece. *Psychiatry Res.* 2020;292:113298.  
doi:10.1016/j.psychres.2020.113298

Paulus, C. M. (2023). Development of the Jefferson Scale of Empathy for Teachers (JSE-T) to Measure Empathy in Educationally Relevant Situations. *European Journal of Educational Sciences*, 10(2), 169-187.

Pejušković, B., Lečić-Toševski, D., Priebe, S., & Tošković, O. (2011). Burnout syndrome among physicians - the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatria Danubina*, 23(4), 389–395.

Perlman, R.L., Ross, P.T., & Lypson, M.L. (2015). Understanding the Medical Marriage: Physicians and Their Partners Share Strategies for Success. *Academic Medicine*, 90, 63–68.

Petmesidou, M. (2019). Challenges to healthcare reform in crisis-hit Greece. *e-cadernos CES*, (31).

Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in nursing & health*, 33(4), 288–298. <https://doi.org/10.1002/nur.20383>

Rathod, S., Roy, L., Ramsay, M., Das, M., Birtwistle, J., & Kingdon, D. (2000). A survey of stress in psychiatrists working in the Wessex Region. *Psychiatric Bulletin*, 24(4), 133-136.



Reynolds, W.J. and Scott, B. (2000), Do nurses and other professional helpers normally display much empathy?. Journal of Advanced Nursing, 31: 226-234.  
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01242.x>

Riess H, Kelley JM, Bailey RW, Dunn EJ, Phillips M. (2012) Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. J Gen Intern Med. 2012;27:1280–86.

Riess H. (2017) The Science of Empathy. Journal of Patient Experience. 2017;4(2):74-77. doi:10.1177/2374373517699267

Robinson-Keilig R.A. (2014) Secondary traumatic stress and disruptions to interpersonal functioning among mental health therapists. J. Interpers. Violence. 2014;29:1477–1496. doi: 10.1177/0886260513507135. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Rogers, C.R.(1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 21, 95-103

Rollins, A. L., Eliacin, J., Russ-Jara, A. L., Monroe-Devita, M., Wasmuth, S., Flanagan, M. E., Morse, G. A., Leiter, M., & Salyers, M. P. (2021). Organizational conditions that influence work engagement and burnout: A qualitative study of mental health workers. Psychiatric Rehabilitation Journal, 44(3), 229–237.  
<https://doi.org/10.1037/prj0000472>

Romani, M., & Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. The Libyan journal of medicine, 9(1), 23556. <https://doi.org/10.3402/ljm.v9.23556>

Román-Sánchez D, et al. (2022) Empathy, Burnout, and Attitudes towards Mental Illness among Spanish Mental Health Nurses. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(2):692.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19020692>

Roulin, N., Mayor, E., & Bangerter, A. (2014). How to satisfy and retain personnel despite job-market shortage: Multilevel predictors of nurses' job satisfaction and intent to leave. *Swiss Journal of Psychology*, 73(1), 13–24.

<https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000123>

Salvado M, Marques DL, Pires IM, Silva NM. (2021) Mindfulness-Based Interventions to Reduce Burnout in Primary Healthcare Professionals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*. 2021; 9(10):1342.

<https://doi.org/10.3390/healthcare9101342>

Santamaría-García, H., Baez, S., García, A.M. et al. (2017) Empathy for others' suffering and its mediators in mental health professionals. *Sci Rep* 7, 6391 .

<https://doi.org/10.1038/s41598-017-06775-y>

Schaufeli W.B., van Dierendonck D. (1993) The construct validity of two burnout measures. *J. Organ. Behav.* 1993;14:631–647. doi: 10.1002/job.4030140703.

Scott, Helen. (2011). Empathy in healthcare settings. Doctoral thesis, Goldsmiths, University of London

Selič-Zupančič, P., Klemenc-Ketiš, Z., & Onuk Tement, S. (2023). The Impact of Psychological Interventions with Elements of Mindfulness on Burnout and Well-Being in Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 1821–1831.

<https://doi.org/10.2147/JMDH.S398552>

Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL.(2002) Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136:358:367.

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo*

Clinic proceedings, 90(12), 1600–1613.

<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>

Silva, J. A. M., Mininel, V. A., Fernandes Agreli, H., Peduzzi, M., Harrison, R., & Xyrichis, A. (2022). Collective leadership to improve professional practice, healthcare outcomes and staff well-being. The Cochrane database of systematic reviews, 10(10), CD013850. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013850.pub2>

Simionato G, Simpson S, Reid C. (2019) Burnout as an ethical issue in psychotherapy. Psychotherapy (Chic). 2019 Dec;56(4):470-482. doi: 10.1037/pst0000261. PMID: 31815507

Strayer J, Roberts W. (1989), Children's empathy and role taking: Child and parental factors, and relations to prosocial behavior. J Appl Dev Psychol. 1989;10(2):227–39. [https://doi.org/10.1016/0193-3973\(89\)90006-3](https://doi.org/10.1016/0193-3973(89)90006-3).

Street R.L., Makoul G., Arora N.K. & Epstein R.M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. Patient Education and Counseling, 74 (2009) 295–301

Stylianou T, Ntelas K. (2023) Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health and Socioeconomic Aspects in Greece. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023; 20(3):1843. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031843>

Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, et al. (2007), How do distress and well-being relate to medical student empathy? a multicenter study. J Gen Intern Med. 2007;22(2):177–83. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0039-6>.

Thorne S., Harris S.R., Mahoney K., Con A. & McGuinness L. (2004). The context of health care communication in chronic illness. Patient Education and Counseling 54: 299–306

Torres, O.Y.; Aresté, M.E.; Mora, J.R.M.; Soler-Gonzalez, J. (2015), Association between sick leave prescribing practices and physician burnout and empathy. PLoS ONE 2015, 10, e0133379.

Truchot D., Roncari N., Bantégne D. (2011) Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes: Une étude exploratoire [Burnout, patient compliance and psychological withdrawal among GPs: An exploratory study] Encéphale. 2011;37:48–53. doi: 10.1016/j.encep.2010.03.011.

Tsobanoglou, GO (2014). The Eurozone crisis: social factors and impacts, emergent sociality and community employment capacity building. In The Debt Crisis in the Eurozone: Social Impacts (ed. Petropoulos, N.P., Tsobanoglou, G.O.), pp. 396–424. Cambridge Scholars Publishing.

United Nations Children’s Fund, The State of the World’s Children (2021): On My Mind – Promoting, protecting and caring for children’s mental health, UNICEF, New York, October 2021.

United Nations, Office on Drugs and Crime (UNODC) (2017), Home, the most dangerous place for women, with majority of female homicide victims worldwide killed by partners or family, UNODC study says, assessed at:  
<https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2018/November/home-the-most-dangerous-place-for-women-with-majority-of-female-homicide-victims-worldwide-killed-by-partners-or-family--unodc-study-says.html?ref=fs1>

Urits, I., Gress, K., Charipova, K., Li, N., Berger, A. A., Cornett, E. M., Hasoon, J., Kassem, H., Kaye, A. D., & Viswanath, O. (2020). Cannabis Use and its Association with Psychological Disorders. *Psychopharmacology bulletin*, 50(2), 56–67.

van Leeuwen EH, Kuyvenhoven JP, Taris TW, Verhagen MAMT. (2022) Burn-out and employability rates are impacted by the level of job autonomy and workload

among Dutch gastroenterologists. United European Gastroenterol J. 2022;10(3):296-307. doi:10.1002/ueg2.12211

Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W., & Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. International journal of clinical practice, 69(11), 1257–1267.  
<https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>

Volling BL, Kolak AM, Kennedy DE. (2008), Empathy and Compassionate Love in Early Childhood: Development and Family Influence. The science of compassionate love: Theory, research, and applications. 2008; 161–200  
<https://doi.org/10.1002/9781444303070.ch6>

von Harscher, H., Desmarais, N., Dollinger, R., Grossman, S., & Aldana, S. (2018). The impact of empathy on burnout in medical students: new findings. Psychology, Health & Medicine, 23(3), 295–303.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1374545>

Voultos, P., Galanis, P., Dafni, M. A., Velonaki, V. S., Andreou, G. N., & Kovatsi, L. (2024). The Greek Jefferson Scale of Empathy-Medical Student Version (JSE-S): Psychometric Properties and Its Associated Factors. Behavioral sciences (Basel, Switzerland), 14(3), 195. <https://doi.org/10.3390/bs14030195>

Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C., & Segal, E. A. (2015). The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers. Social work, 60(3), 201-209.

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. Journal of internal medicine, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>

- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of internal medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Nedelec, L., Carlasare, L. E., & Shanafelt, T. D. (2020). Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. *JAMA network open*, 3(7), e209385. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9385>
- Whitehead, I. O., Moffatt, S., Warwick, S., Spiers, G. F., Kunonga, T. P., Tang, E., & Hanratty, B. (2023). Systematic review of the relationship between burn-out and spiritual health in doctors. *BMJ open*, 13(8), e068402. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068402>
- Wieck, C., Kunzmann, U., & Scheibe, S. (2021). Empathy at work: The role of age and emotional job demands. *Psychology and aging*, 36(1), 36–48. <https://doi.org/10.1037/pag0000469>
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout research*, 6, 18–29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
- Williams, B., Lau, R., Thornton, E., & Olney, L. S. (2017). The relationship between empathy and burnout – lessons for paramedics: a scoping review. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 329–337. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S145810>
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2012). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. Guilford Press.
- Winefield, H. R., Murrell, T. G., & Clifford, J. (1995). Process and outcomes in general practice consultations: Problems in defining high quality care. *Social Science & Medicine*, 41(7), 969–975.

[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00403-G](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00403-G)

Wolfshohl JA, Bradley K, Bell C, et al. (2019) Association Between Empathy and Burnout Among Emergency Medicine Physicians. *J Clin Med Res.* 2019;11(7):532-538. doi:10.14740/jocmr3878

Wright, N., Rowley, E., Chopra, A., Gregoriou, K. and Waring, J. (2016), From admission to discharge in mental health services: a qualitative analysis of service user involvement. *Health Expect*, 19: 367-376. <https://doi.org/10.1111/hex.12361>

Yoo H, Feng X, Day RD. (2013), Adolescents' empathy and prosocial behavior in the family context: a longitudinal study. *J Youth Adolesc.* 2013;42(12):1858–72. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9900-6>.

YU, C.C., TAN, L., LE, M.K. *et al.* (2022). The development of empathy in the healthcare setting: a qualitative approach. *BMC Med Educ* **22**, 245 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03312-y>

Yuguero, O., Forné, C., Esquerda, M., Pifarré, J., Abadías, M. J., & Viñas, J. (2017). Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine*, 96(37), e8030.

Zachariae, R., Pedersen, C., Jensen, A. et al. (2003) Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 88, 658–665. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600798>

Zahn-Waxler, C., & Radke-Yarrow, M. (1990). The origins of empathic concern. *Motivation and emotion*, 14(2), 107-130, <https://doi.org/10.1007/BF00991639>

Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & health*, 16(5), 527-545.

Zeanah, C. H., & Kelley, A. (2022). Countertransference in the Treatment of Maltreated Children and Families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(4), 467–469. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.10.019>

#### Ελληνική Βιβλιογραφία:

Γάτσιος, Κ., Κελέση-Σταυροπούλου, Μ., & Φασόη, Γ. (2021) Η βία στον χώρο των νοσοκομείων ως επαγγελματική μάστιγα στον 21ο αιώνα.

Διανέοσις, 2024, Βασικά Συμπεράσματα Από Το PISA 2022, Φεβρουάριος 2024, <https://www.dianeosis.org/2024/02/vasika-symperasmata-apo-to-pisa-2022/>

Διλιντάς, Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3), 498-508.

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Χημείας, Νέα και άρθρα για τον κορωνοϊό, Νέα μέθοδο επιδημιολογίας λυμάτων για τον εντοπισμό του κορωνοϊού αναπτύσσουν ΕΚΠΑ και ΕΟΔΥ, <https://mdimop.gr/news/387/> στις 14/11/2020.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (2023), Χρήση ουσιών στον πληθυσμό, Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ 2023 , <https://www.ektepn.gr/latest-data/gps>

ΕΛΣΤΑΤ (2024), Αιτίες θανάτου: Έτος 2021, <https://www.statistics.gr/>

Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτική Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΚΕΠΥ) (2023), Η εξέλιξη του Υγειονομικού Προσωπικού στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας.



<https://www.healthpolicycenter.gr/el/publications/i-ekseliksi-tou-ygeionomikoy-prosopikoy-sta-nosokomeia-tou-e-s-y-prin-kai-kata-ti-diarkeia-tis-pandimias>

ΚΛΙΜΑΚΑ – ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ: ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΤΟΥΣ & ΕΤΗΣΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ 2023

<https://www.klimaka.org.gr/paratiritirio-aytoktonion-apologismos-etous-etisia-stoixeia-aytoktonion-2023-klimaka-org/>

Κουτελέκος Ι. (2015), Η ανάγκη για επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 4 (2015), Τεύχος 1(Ιανουάριος-Απρίλιος 2015)

Μπακόλα, Ε., Φραδέλος, Ε., Μπακόλα, Ε., & Ζυγά, Σ. (2018). Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Αρχια Ελληνικής Ιατρικής, 35(4), 549– 557

Νιάκας Δ. (2014) “Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας,” Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής 2014, 5 (1):3-7

Σαραντοπούλου Ζ.(2017), Η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας. Η έννοια της ενσυναίσθησης. Επιστημονικά Χρονικά 2017; 22(3): 238-246

Παραρτήματα:

Παράρτημα Α΄:

Δελτίο Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης για συμμετοχή σε ερευνητική μεταπτυχιακή εργασία



*Καλομοίρα Μπισιάδη, «Ενσυναίσθηση και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας. Έρευνα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, αρμοδιότητας της 2<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας»*

**ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μια μελέτη που σκοπό έχει τη διερεύνηση συσχέτισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, με την ενσυναίσθηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα διαρκέσει περίπου 10 λεπτά. Η συμμετοχή σας θα ήταν άκρως βοηθητική και είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις, προκειμένου να αξιοποιηθεί η συμμετοχή σας. Παρά ταύτα, μπορείτε να διακόψετε τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ανά πάσα στιγμή. Η ΑΝΩΝΥΜΙΑ θα διατηρηθεί και δε θα αναφέρετε κανένα στοιχείο στα ερωτηματολόγια που θα σας ταυτοποιεί, ούτε στην τελική έκθεση της μελέτης.

Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά για τη βοήθειά σας,

**Η φοιτήτρια.**  
**Μπισιάδη Καλομοίρα,**  
Κοινωνιολόγος

**Ο επιβλέπων Καθηγητής,**  
**Αλεξιάς Γεώργιος,**  
Καθηγητής Κοινωνιολογίας της Υγείας & του  
Σώματος,  
Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο  
Κοινωνικών και Πολιτικών επιστημών  
Μέλος Συνεργαζόμενου Εκπαιδευτικού  
προσωπικού (ΣΕΠ) ΕΑΠ

Δέχομαι ανεπιφύλακτα να συμμετέχω σε έρευνα με θέμα:

«Ενσυναίσθηση και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας. Έρευνα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, αρμοδιότητας της 2<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας»,

η οποία θα διενεργηθεί στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.


**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ**

Παράρτημα Β':

Εγκρίσεις διεξαγωγής της έρευνας

Β.1. Έγκριση διεξαγωγής της έρευνας από τη 2<sup>η</sup> ΔΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου:

 <p>2024.03.21 10:06:28 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ</p>	<p>ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΤΣΑΛΑΜΑΝΟΓΛΟΥ ΚΑΛΙΟΠΗ 21/03/2024 10:06:24</p> <p>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ</p>	<p>Άγιος Ιωάννης Ρέντης, 20.03.2024 Αρ. Πρωτ.: ΔΑΑΔ/17366</p> <p>ΠΡΟΣ: κ. ΜΠΙΣΙΑΔΗ ΚΑΛΟΜΟΙΡΑ</p>
<p><b>ΘΕΜΑ: Χορήγηση αδείας για διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.</b></p> <p>Σχετ.: 1) Το αριθμ. πρωτ. 5984/30.01.2024 ηλεκτρονικό μήνυμα με τα συνημμένα δικαιολογητικά. 2) Το αριθμ. πρωτ. 04/08.02.2024 πρακτικό (2<sup>η</sup> συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου).</p> <p>Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού και σύμφωνα με το υπ' αριθμ. Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/9-11-2010 έγγραφο του Διοικητή Ε.Κ.Ε.Π.Υ., <b>εγκρίνουμε</b> τη διεξαγωγή έρευνας του ΜΠΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του ΕΑΠ, μέσω διανομής ερωτηματολογίου σε φορείς αρμοδιότητας της 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου, στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας, με θέμα «Ενσυναίσθηση και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας. Έρευνα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, αρμοδιότητας της 2<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας» με την προϋπόθεση να μας κοινοποιηθούν τα αποτελέσματα της διπλωματικής εργασίας.</p> <p>Η προαναφερόμενη άδεια τελεί υπό τις προϋποθέσεις:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Της διαφύλαξης των προσωπικών δεδομένων.</li><li>• Της τήρησης του κώδικα επιστημονικής δεοντολογίας.</li><li>• Της μη ύπαρξης οικονομικής ή άλλου είδους επιβάρυνσης για τους φορείς.</li><li>• Της μη παρακώλυσης της λειτουργίας των φορέων.</li><li>• Της τήρησης των προβλεπόμενων διατάξεων (άρθρο 30 του Ν.4624/2019) για το απόρρητο των στοιχείων προσωπικού χαρακτήρα.</li></ul> <p><b>Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ</b> <b>ΡΟΪΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ</b></p> <p><b>Αποδέκτες:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Νοσοκομεία 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου</li><li>- Κέντρα Υγείας 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου (με την παράκληση να ενημερωθούν τα Π.Ι και Π.Π.Ι αρμοδιότητας των παραπάνω, αν και εφόσον χρειαστεί.</li><li>- Κ.Ψ.Υ. Κορυδαλλού</li><li>- Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου</li><li>- Κ.Ψ.Υ. Δραπετσώνας</li><li>- Κ.Ψ.Υ. Αγίων Αναργύρων</li><li>- Κ.Ψ.Υ. Σάμου</li></ul> <p>Ταχυδρομική Διεύθυνση: Θηβών 196-198, 182 33 Άγιος Ιωάννης Ρέντης, Πληροφορίες: Κ. Νικήτα Ηλ. Δ/ση: <a href="mailto:nikita@2dype.gov.gr">nikita@2dype.gov.gr</a></p>		

Β.2. Έγκριση διεξαγωγής της έρευνας από τα Επιστημονικά Συμβούλια των νοσοκομείων αρμοδιότητας 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ  
Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ - ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»  
Γ.Ν.ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»  
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΕΙΡΑΙΑ  
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Μαρία Μικελιδάκη  
Αργυρώ Μάρκου  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 213207 6235  
Email : diy@nikaia-hosp.gr

24078  
14-05  
14 ΜΑΙ. 2024

Νίκαια: 13.05.2024  
Αρ. Πρωτ.:  
Προς: Την κ. Καλομοίρα Μπισιάδη

ΘΕΜΑ: «Αίτηση για έγκριση έρευνας Μπισιάδη Καλομοίρας»

Σας διαβιβάζουμε την υπ' αριθμ. 17<sup>η</sup> Απόφαση της 9<sup>ης</sup>/24.04.2024 Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας και παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ

17. Αίτηση για έγκριση έρευνας Μπισιάδη Καλομοίρας

Το Επιστημονικό Συμβούλιο έλαβε γνώση.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- Επιστημονικά Υπεύθυνη Δ/ντή Ψυχιατρικού Τμ., κ. Σπινάρη
- Προϊσταμένη Κοινωνικών Διευρργών, κ. Ντοβόρη Στυλιανή

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΕΪΜΑΡΗΣ



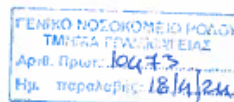
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ  
& ΑΙΓΑΙΟΥ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ  
«ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Τηλέφωνο : 22413 60128  
Αγγελινιού Νατάσσα

Δ14  
5814126  
(14)



Ρόδος :

ΠΡΟΣ

Τον Διοικητή του Νοσοκομείου  
Ενταύθα

Κοινοποίηση  
- Ψυχιατρική Κλινική  
- ΔΙΥ

**ΘΕΜΑ :** Αίτημα Μπισιάδη Καλομοίρας για εκπόνηση ερευνητικής εργασίας.

**ΣΧΕΤ.:**

- Τα υπ' αριθμ. πρωτ. 9209/04-04-2024 και 10248/16-04-2024 αιτήματα της Μπισιάδη Καλομοίρας για διεξαγωγή έρευνας.

Το Ε.Σ. κατά την συνεδρίαση που πραγματοποιήθηκε στις 17/04/2024 εξέτασε το παραπάνω σχετικό έγγραφο της Μπισιάδη Καλομοίρας του ΓΝ Ρόδου για εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με τίτλο «Ενσυναίσθηση και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο Ψυχικής Υγείας. Έρευνα σε επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου».

**Το Ε.Σ. μετά από διαλογική συζήτηση ομόφωνα αποφασίζει:**

Την έγκριση του αιτήματος ιατρού Μπισιάδη Καλομοίρας, με τη διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων. Για οποιαδήποτε απόκλιση από την παραπάνω συνθήκη, θα φέρει ευθύνη αποκλειστικό η αιτούσα.

**ΠΑΡΟΝΤΕΣ**

Τριάντος Γεώργιος  
Κατσιύλης Κων/νος  
Πολυκανδριώτης Δημήτριος  
Ζιώγας Βασίλειος  
Λαουδίκος Πέτρος  
Γεωργανός Μάριος

**Συνημμένα :** τρία (3) φ.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ε.Σ.**

**ΤΡΙΑΝΤΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**ΘΕΜΑ 14<sup>ο</sup>: «Έγκριση διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα : « ~~Εκσυναίσθηση~~ και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας Έρευνα σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία , αρμοδιότητας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας» της κα. Μπισιάδη Καλομοίρας»**

Το Επιστημονικό Συμβούλιο λαμβάνει γνώση:

- α) της υπ' αριθμ. Πρωτ.5287/04-04-2024 αίτησης της κα. ~~Μπισιάδη~~ Καλομοίρας, με την οποία ζητά την έγκριση διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα : « ~~Εκσυναίσθηση~~ και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας Έρευνα σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία , αρμοδιότητας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας»
  - β) του πρωτοκόλλου έρευνας
  - γ) της σύμφωνης γνώμης της Επιτροπής Έρευνας,
  - δ) του γεγονότος ότι δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο ή τα Ασφαλιστικά Ταμεία των ασθενών και
  - ε) του ότι η μελέτη θα γίνει σύμφωνα με τις διακηρύξεις του ~~Ηelsinki~~ και θα υπόκειται στις διατάξεις που επιβάλλει η Ελληνική Νομοθεσία.
- και μετά από διαλογική συζήτηση

#### **Αποφασίζει Ομόφωνα**

**A) την έγκριση διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα : « ~~Εκσυναίσθηση~~ και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας Έρευνα σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία , αρμοδιότητας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας» της κα. ~~Μπισιάδη~~ Καλομοίρας.**

**B) Την έγκριση του πρωτοκόλλου έρευνας, η οποία θα διεξαχθεί χωρίς οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο και υπό την προϋπόθεση της πλήρης των διατάξεων του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.**

**ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ**

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ /  
ΔΡ.ΜΗΝΑΚΑΚΗΣ ΠΑΝ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
«ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

9ης Τακτικής Συνεδρίασης 2024

στις 14/05/2024

ΑΠΟΦΑΣΗ

Θέμα Α6 : Κατάθεση ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο: «Ένσυναίσθηση και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας. Έρευνα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, αρμοδιότητας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας», το οποίο αποτελεί τη Διπλωματική Εργασία της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας της κας ΚΑΛΟΜΟΙΡΑΣ ΜΠΙΣΙΑΔΗ, (ΒΨ/Κ, ΕΒΔ 273/18-04-2024)

Το Επιστημονικό Συμβούλιο (παρόντες: Καθηγητής, Μ. Χρυσόφορος, Διευθυντής ΕΣΥ, Π. Νικολόπουλος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Σ. Γιαννούτσος, ΤΕ Φυσικοθεραπείας, Κ. Γρηγοριάδης, Ειδικευόμενος, Ε. Μπάκας, ΠΕ Νοσηλευτικής, Μ. Καλαμπαλίκη), αφού έλαβε υπόψη:

- 1) την απόφαση της 5<sup>ης</sup> (14/05/2024) (θέμα Α6) Τακτικής Συνεδρίασης της Επιτροπής Βιοηθικής Δεοντολογίας (παρόντες: Διευθυντής ΕΣΥ, Π. Νικολόπουλος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Σ. Γιαννούτσος, ΤΕ Φυσικοθεραπείας, Κ. Γρηγοριάδης, Ειδικευόμενος, Ε. Μπάκας, ΠΕ Νοσηλευτικής, Μ. Καλαμπαλίκη),
- 2) τις διαδικασίες και τους κανονισμούς υποβολής πρωτοκόλλων για διενέργεια κλινικής δοκιμής στο Νοσοκομείο,
- 3) το γεγονός ότι ο φάκελος είναι πλήρης και καλύπτει όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της μελέτης,
- 4) ότι από τη διενέργεια της μελέτης δεν προκύπτει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.

Ομοφώνως

Γνωμοδοτεί θετικά για το παραπάνω ερευνητικό πρωτόκολλο.

Υπεύθυνος της εν θέματι έρευνας

Διευθυντής: Καθηγητής, Ν. ΣΜΥΡΝΗΣ

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου

Δρ. ΧΡΥΣΟΦΟΣ Ε. ΜΙΧΑΗΛ  
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ  
ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΑΤΤΙΚΟΝ

Καθηγητής Μ. Χρυσόφορος





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
2<sup>η</sup> Υ.ΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ  
«ΣΚΥΛΙ Τ ΣΕΙΟ»

Γραφείο Διοικητή  
Ταχ.Δ/ση: Ελ. Βενιζέλου 2  
Τ.Κ: 82100  
Fax: 22710-44311  
Τηλ: 22713-50190

Χίος : 08/05/24  
Αριθ. Πρωτ. : 7810

ΠΡΟΣ: κ. ΜΠΙΣΙΑΔΗ ΚΑΛΟΜΟΙΡΑ

ΣΥΝ.:1

ΘΕΜΑ: «Διαβίβαση αποσπασμάτων Επιστημονικού Συμβουλίου».

ΣΧΕΤ.: Το με αριθ. 4/25-4-2024 (Θέμα 7ο) αποσπάσματα του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου.

Σας διαβιβάζουμε το ανωτέρω απόσπασμα του Επιστημονικού Συμβουλίου, σε συνέχεια του με ημερομηνία 16-4-2024 ηλεκτρονικού μηνύματός σας.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ  
α/α

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΜΥΡΝΙΟΥΔΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
2<sup>η</sup> Υ.ΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΙΟΥ  
«ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ

Αριθμός συνεδρίασης 4: της 25-04-2024.

Στη Χίο σήμερα 25-04-2024, ημέρα Πέμπτη και ώρα 12:30 μ.μ. έγινε συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου μετά από πρόσκληση του προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου κ. Βασιλειάδη Βασιλείου, Δ/ντή Ορθοπαιδικής Κλινικής. Η συνεδρίαση πραγματοποιήθηκε στην Βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου, όπου τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου συζήτησαν τα παρακάτω θέματα:

Τακτικά μέλη: Βασιλειάδης Βασίλειος, Βασιλάκης Π., Βούτας Πέτρος, Αμπελιώτης Μιχαήλ, Κερμπάτσος Γ., Μαρής Ι., Φερεντίνου Αργυρή, Στεφάνου Παντελής.

Από την συνεδρίαση απουσίαζε ο κύριος Αμπελιώτης Μ.

Γραμματέας: Φλατσούσης Γεώργιος

#### Θέμα 7

Αίτημα άδειας διανομής ερωτηματολογίου στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας κας Καλομοίρας Μπισιάδη.

Πρόεδρος του Ε.Σ. Θέτει υπόψη του Ε.Σ. το από 18/04/2024 με αρ.πρωτ.31 έγγραφο της κυρίας Μπισιάδη Κ. , το οποίο έχει ως εξής:

Από: Καλομοίρα Μπισιάδη [kipsiad@gmail.com]  
Αποστολή: Τρίτη, 16 Απριλίου 2024 11:48 πμ  
Προς: ΚΥ ΤΗΝΟΥ; ΚΥ ΠΑΡΟΥ; ΚΥ ΜΥΚΟΝΟΥ; ΚΥ ΚΑΡΛΩΒΑΣΙΟΥ; ΚΥ ΠΑΤΜΟΥ; ΚΥ ΠΥΡΡΙΟΥ; ΚΥ ΕΥΔΗΛΟΥ; ΚΥ ΕΜΠΩΝΑ; ΚΥ ΑΝΤΙΣΣΑΣ; ΚΥ ΧΩΡΑΣ ΑΜΟΡΓΟΥ; ΚΥ ΙΟΥ; ΚΥ ΑΝΔΡΟΥ; ΚΥ ΜΗΛΟΥ; info@leros-hospital.gr; grammateia@vardakeio.gr; ΓΝ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ; hospsam@otenet.gr; ΓΝ ΧΙΟΥ; fiochris@rhodes-hospital.gr; ΚΘ ΚΥ ΛΕΡΟΥ; episkeptiki@k@gmail.com; Κοινωνική Υπηρεσία Κ.Θ.Λέρου; limnoshospital@gmail.com; ΓΝ ΚΥ ΛΗΜΝΟΥ; gni.karizas@gmail.com; noskai@kalymnos-hospital.gr; ΓΝ ΚΥ ΚΑΛΥΜΝΟΥ ΒΟΥΒΑΛΕΙΟ  
Θέμα: Διπλωματική Εργασία: Ενσωμάτωση και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας. Έρευνα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δημόσιες δομές: αρμοδιότητας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας  
Συνημμένα: ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΠΙΣΙΑΔΗ.pdf; Βεβαίωση εκπόνησης διπλωματικής Μπισιάδη-signed (1).pdf

Ονομαζόμενοι Μπισιάδη Καλομοίρα και ολοκληρώνει το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών "Διοίκηση Μονάων Υγείας" του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Η διπλωματική μου εργασία έχει τίτλο «Ενσωμάτωση και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας: Έρευνα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, αρμοδιότητας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας». Στο πλαίσιο αυτής διεξήγαγε έρευνα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε υγειονομικές μονάδες αρμοδιότητας της 2ης ΥΠΕ.

Ο σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση συσχέτισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, με την ενσωμάτωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας,

Το ερευνητικό πεδίο απευθύνεται σε ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, παιδοψυχιάτρους, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, νοσηλευτικό προσωπικό και επισκέπτες/ριες υγείας που δραστηριοποιούνται στον ψυχιατρικό και παιδοψυχιατρικό τομέα. Είναι ανόνημο, μπορεί να συμπληρωθεί μόνο μια φορά από κάθε ερωτώμενο και θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας. Κάνοντας κλικ στο ακόλουθο link μπορείτε να δείτε το ερευνητικό πεδίο και να το συμπληρώσετε.

<https://forms.gle/6WH2zeenoyvKexcA>

Εκτιμώνται η βεβαίωση εκπόνησης διπλωματικής εργασίας από τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Γιώργο Αλεξιά, καθώς και η έγκριση διεξαγωγής της έρευνας από την 2η ΔΥΠΕ Πελοποννήσου & Αργολού.  
Θα ήμουν υπόχρεη, αν μπορούσατε να προσθέσετε το παρόν, σε όλο το υγειονομικό προσωπικό που υπηρετεί στους αντίστοιχους τομείς.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων.

Με εκτίμηση,  
Μπισιάδη Καλομοίρα

Μετά από διαλογική συζήτηση το ΕΣ με ομοφωνία των παρισταμένων μελών

### Γ ν ω μ ο δ ο τ ε ί

Θετικά στην αίτηση . Η θετική εισήγηση συνεπάγεται ότι η κυρία Μπισιάδη θα τηρήσει τη προστασία των προσωπικών δεδομένων και δεν θα επιβαρυνθούν οι υπάλληλοι του Νοσοκομείου με περαιτέρω εργασία.

### Το Επιστημονικό Συμβούλιο

#### Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ:

Βασιλειάδης Βασίλειος

#### ΤΑ ΜΕΛΗ

Βούτας Πέτρος

Στεφάνου Παντελής

Βασιλάκης Παναγιώτης

Αμπελιώτης Μιχαήλ

Κερμπάτσος Γεώργιος

Φερεντίνου Αργυρή

Μαρής Ιωάννης

#### Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Φλατσούσης Γεώργιος



## Παράρτημα Γ':

### Ερωτηματολόγιο δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών:

11/4/24, 2:22 μ.μ.

Ενσυναίσθηση και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας. Έρευνα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που ε...

## Ενσυναίσθηση και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας. Έρευνα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε υγειονομικές μονάδες, αρμοδιότητας της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας

Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, παιδοψυχιάτρους, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, νοσηλευτικό προσωπικό και επισκέπτες/ριες υγείας που δραστηριοποιούνται στον ψυχιατρικό και παιδοψυχιατρικό τομέα.

Είναι ανώνυμο, μπορεί να συμπληρωθεί μόνο μια φορά από κάθε ερωτώμενο και θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας. Η διάρκεια του ερωτηματολογίου είναι περίπου 7- 10 λεπτά και είναι πολύ σημαντικό να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις.

Αν κάποιος/α επιθυμεί, μπορεί να επικοινωνήσει μαζί μου στη διεύθυνση **kmpisiadi@gmail.com** προκειμένου να ενημερωθεί για τα αποτελέσματα της έρευνας. Ευχαριστώ εκ των προτέρων για το χρόνο σας!

### Δημογραφικά Στοιχεία:

#### 1. Φύλο:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Γυναίκα  
☐ Άνδρας  
☐ Άλλο

## 2. Ηλικία:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ 25-35  
☐ 36-45  
☐ 46-55  
☐ 56 και άνω

## 3. Οικογενειακή κατάσταση:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Άγαμος/η  
☐ Έγγαμος/η - Συμβίωση  
☐ Διαζευγμένος/η  
☐ Χήρος/α

## 4. Επίπεδο Εκπαίδευσης:

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Απόφοιτος/η ΑΕΙ/ΤΕΙ  
☐ Κάτοχος Μεταπτυχιακού  
☐ Κάτοχος Διδακτορικού

## 5. Ειδικότητα:

---

## 6. Φορέας Απασχόλησης:

---

7. Έτη επαγγελματικής απασχόλησης στον τομέα Ψυχικής Υγείας:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- ☐ 0-5 έτη  
☐ 5-10 έτη  
☐ 10-15 έτη  
☐ 15-20 έτη  
☐ 20 και άνω

8. Έχετε ή είχατε στο περιβάλλον σας κάποιο άτομο που έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- ☐ Ναι  
☐ Όχι

Ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης:

## Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης

### 9. 1. Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου:

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

[https://docs.google.com/forms/d/1ulXJVRWY0b8NFRqriAji\\_gBnw09KAHJRDQERaCxLgKo/edit](https://docs.google.com/forms/d/1ulXJVRWY0b8NFRqriAji_gBnw09KAHJRDQERaCxLgKo/edit)

3/18

11/4/24, 2:22 μ.μ.

Ενσυναίσθηση και επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας. Έρευνα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που ε...

### 10. 2. Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά:

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει



11. 3. Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά:

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

12. 4. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν:

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

13. 5. Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν:

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

14. 6. Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

15. 7. Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

16. 8. Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

---

17. 9. Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

18. 10. Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

19. 11. Με προβληματίζει ότι σιγά - σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/η:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

20. 12. Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

21. 13. Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

22. 14. Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

23. 15. Στην ουσία δε με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου:

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

24. 16. Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους:

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

25. 17. Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου:

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

26. 18. Στο τέλος της μέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

27. 19. Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

28. 20. Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια.. νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

29. 21. Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

30. 22. Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους:

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Ποτέ δε μου συμβαίνει
- ☐ Λίγες φορές το χρόνο
- ☐ 1 φορά το μήνα ή λιγότερο
- ☐ 2-3 φορές το μήνα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ Αρκετές φορές την εβδομάδα
- ☐ Κάθε μέρα μου συμβαίνει

Ερωτηματολόγιο Ενσυναίσθησης:

31. 1. Προσπαθώ να βάλω τον εαυτό μου στη θέση των ασθενών μου, όταν τους προσφέρω υπηρεσίες υγείας.

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

32. 2. Η κατανόηση των συναισθημάτων των ασθενών μου, τους δίνει αίσθηση επικύρωσης η οποία λειτουργεί θεραπευτικά από μόνη της.

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

33. 3. Ένα σημαντικό συστατικό της σχέσης μου με τους ασθενείς μου είναι η κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης των ίδιων και των οικογενειών τους.

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα



34. 4. Προσπαθώ να καταλάβω τι σκέφτονται οι ασθενείς μου δίνοντας προσοχή στις μη λεκτικές εκφράσεις και στη γλώσσα του σώματος.

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

35. 5. Προσπαθώ να σκέφτομαι όπως οι ασθενείς μου έτσι ώστε να τους παρέχω καλύτερη φροντίδα.

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

36. 6. Πιστεύω πως η ενσυναίσθηση είναι ένας θεραπευτικός παράγοντας στην ιατρική θεραπεία.

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

37. 7. Η ενσυναίσθηση είναι μια θεραπευτική δεξιότητα χωρίς την οποία η επιτυχία μου ως επαγγελματία υγείας θα ήταν περιορισμένη.

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

38. 8. Οι αρρώστιες των ασθενών μπορούν να γιатρευτούν μόνο με ιατρική θεραπεία, επομένως οι συναισθηματικοί δεσμοί με τους ασθενείς μου δε μπορούν να έχουν σημαντική θέση σε αυτήν.

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

39. 9. Δεν αφήνω τον εαυτό μου να επηρεάζεται από έντονες συναισθηματικές σχέσεις με τους ασθενείς μου και τα μέλη των οικογενειών τους.

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

40. 10. Πιστεύω πως το συναίσθημα δεν έχει καμία θέση στη θεραπευτική διαδικασία.

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

41. 11. Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, είναι σχεδόν αδύνατο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου.

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

42. 12. Η προσήλωση στις προσωπικές εμπειρίες των ασθενών μου είναι άσχετη με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας..

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

43. 13. Οι ασθενείς μου αισθάνονται καλύτερα όταν καταλαβαίνω τα συναισθήματά τους.

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

44. 14. Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ η οποία πιστεύω ότι συνεισφέρει στα καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

45. 15. Θεωρώ πως η κατανόηση της γλώσσας σώματος των ασθενών μου είναι τόσο σημαντική όσο και η λεκτική επικοινωνία στη σχέση επαγγελματιών υγείας-ασθενών.

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

46. 16. Προσπαθώ να μη λαμβάνω υπόψη τα αισθήματα των ασθενών μου στη λήψη ιστορικού.

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

47. 17. Θεωρώ πως το να ρωτάω τους ασθενείς σχετικά με το τι συμβαίνει στη ζωή τους είναι άνευ σημασίας στην κατανόηση των σωματικών ενοχλήσεων.

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

48. 18. Είναι δύσκολο για μένα να βλέπω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου.

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

49. 19. Δε μου αρέσει να διαβάζω μη ιατρική βιβλιογραφία.

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

50. 20. Η κατανόηση των αισθημάτων των ασθενών και των οικογενειών τους είναι άσχετος παράγοντας στη θεραπευτική διαδικασία.

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ☐ Διαφωνώ απόλυτα
- ☐ Διαφωνώ
- ☐ Μάλλον διαφωνώ
- ☐ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
- ☐ Μάλλον συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ
- ☐ Συμφωνώ απόλυτα

Ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας!

---

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google.

Google Φόρμες